

病院看護管理者のための 看看連携体制の構築に向けた手引き —地域包括ケアを実現するために—

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(地域医療基盤開発推進研究事業)

地域包括ケアを支える看看連携を円滑にする体制の構築に関する研究

(H29-医療—指定—017)

目次

概要	3
1. 手引きの趣旨	3
2. 組織を越えた看看連携とは	3
3. 看看連携体制構築のプロセス	3
ヒアリング事例のポイント	5
1. 本ガイドラインの趣旨	8
2. Aging in place を実現するための組織を超えた 看看連携とは	10
(1) 退院支援	12
(2) 日常の療養支援	14
(3) 急変時の対応	15
(4) 看取り：在宅・施設等での看取りの実現	17
3. 看看連携構築のプロセスと実践内容	18
STEP1：連携体制構築の必要性を認識する	18
(1) 看護現場の悩みごとを看護のしくみから捉えよう	18
(2) 病院は地域のケアシステムの一機関	19
(3) 病院の内側と外側（地域）の両方に目を向ける	20
(4) 地域の中で看護の力を育む	20
(5) 地域の看護職がつながること	21
STEP2：連携体制構築に向けて働きかける	23
(1) 機関内に生じている課題の気づき	23
(2) 看護部長を中心に組織の長へ働きかける	24
(3) 組織全体へ課題取り組みの必要性を共有する	25
STEP3：実際に取り組みを実施する	26
(1) 地域の看護管理者のネットワークづくり（病院間、病院と診療所）	26

(2) 地域の関係機関との連携体制づくり	27
(3) 地域にある看護管理者が集まる場所で発信していこう！	28
STEP4：連携体制を維持・拡大するための工夫	33
(1) 行政の事業や研究費の活用	33
(2) 連携と協働を促進するリーダーシップ	34
①求められるリーダーの行動	34
②皆が発揮するリーダーシップの重要性	36
STEP5：取り組みを評価する	38
(1) なぜ評価が必要か	38
(2) 評価の方法	38
4. まとめ	41
参考1：ヒアリング対象6か所のまとめ	42
事例1：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み1（高知県土佐市） ..	43
事例2：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み2（山形県米沢市） ..	48
事例3：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み3（新潟県長岡圏域）	52
事例4：200床以下の地方の自治体病院が取り組んだ事例（北茨城市民病院） ..	56
事例5：都心の下町地域における、大学病院を中心とした取り組み（東京都葛飾区）	60
事例6：都市部の中心地域における、基幹型ステーションを中心とした取り組み（大 阪府・大阪市）	64
参考資料2 看看連携を実践するための政策ツール（一例）	69

概要

1. 手引きの趣旨

地域包括ケア体制の推進において、機関間・職種間の連携体制の重要性が増しています。看護職は医療・生活支援を含む幅広い専門性を有する職種であり、多くの機関で活躍していることから、連携の中心となることが期待されます。看護職どうしがつながる連携、すなわち「看看連携」を、ここでは「地域の看護職同士が、対象者の生活を支えるために、同じ目標をもって、信頼しあい、対等の立場で協働すること」と定義しました。看看連携の促進により、看護の質向上、他職種を含めた連携の促進が図られ、ひいては地域全体のケアの質向上にもつながると期待されます。

本プロジェクトでは、看看連携の中でも、地域の医療連携の中核を担う病院（以下中核病院）が役割を果たし、病院と地域の看護職が幅広く参加し、かつ看護の質向上に向けた取り組みを含む看看連携体制に着目し、看看連携の体制づくりに関するポイントをまとめました。

2. 組織を越えた看看連携とは

地域包括ケアの促進を阻害している問題は、個々の病院や施設だけでは解決できず、組織を超えた連携が必要となります。

厚生労働省が示した「在宅医療提供体制」における機能別に、病院看護職に求められる看看連携を見てみましょう。「退院支援」においては、地域との入院時連携、訪問看護ステーションとの連携、施設入所者の入院に関する施設看護職との連携などが求められます。「日常の療養支援」においては、外来での重度化予防に加え、必要時には地域の看護職と連携することが求められ、病院の認定・専門看護師による地域への訪問なども期待されています。「急変時の対応」としては、高齢者の緊急入院や認知症患者などへの対応に加え、地域内の病院機能の把握と連携などが求められます。「看取り」においては、終末期の症状緩和が提供できるよう訪問看護や施設看護職と連携すること、意思決定支援を実施しその内容を施設間で共有することが挙げられています。高齢者ケアや看取りについての市民への啓発の役割も期待されています。

3. 看看連携体制構築のプロセス

STEP1：連携体制構築の必要性を認識する

病院を地域のケアシステムの一機関ととらえ、病院で起きている課題を病院の内側と外側両方に目を向けて考えます。たとえば、ベッドがなく救急入院を受け入れられないという課題に対し、病院内だけで解決するのではなく、来院患者の特徴を把握し、地域住民の健康行動について考え、院外の看護師の役割を考えると、地域の看護職と課題を共有する必要性が見えてきます。

まずは、看護管理者が「つながる」ことの大切さを認識し、地域の会合への出席や、地域の関係機関への挨拶など、病院の外へ一歩踏み出すことが大切です。困難事例に多機関の看護師が協働して取り組むことにより看護師間の関係、さらに組織間の協働につながる場合もあります。

STEP2：連携体制構築に向けて働きかける

連携体制構築に向けて、まず機関内の理解を得ます。そのためには機関内の課題に気づくことが大切です。課題に気づくきっかけには患者・家族・周辺住民の声、日常の看護実践、地域ケア会議

などがあり、地域との接点の多いMSWや退院支援看護師から情報を得ることも重要です。

課題のうち、短期間で取り組めることから始めます。リーダー（看護部長）は、起きている課題について状況を確認し、どこからどのように取り組むか整理します。実際に取り組む際には、組織の長（病院長）に働きかけ、組織として取り組むことの重要性を共通認識していくことが必要です。

課題に対する介入の方向性を定めます。そして、機関内のすべての関連スタッフが、取り組みの必要性と具体的な実践内容を共有できるようにします。取り組みに必要な人材配置やシステムの導入とそのサポートも重要な役割となります。

STEP3：実際に取り組みを実施する

機関内における体制づくりの次は、病院間の看護職、病院と地域の診療所間のネットワークづくりに取り組みます。実際に地域の関連機関に足を運ぶことから始めてみましょう。

地域の課題や強みを含めた地域診断を実施し、共有することが重要です。病院の看護師と訪問看護ステーションや介護保険施設の看護師、地域住民を支える多職種チームとの連携が必要で、病院・地域の看護職の連携会議や地域の関係職種との勉強会・研修会の定期的な開催などの方法があります。勉強会や意見交換会を行う際には、テーマを共通のものに設定する、年間スケジュールを決める、持ち回りで運営を行う、大学関係者の助言を得るなどの工夫があります。認定・専門看護師が地域に出かけて問題を解決する、共通の入退院ルールを作成するなどの実践もあります。

STEP4：連携体制を維持・拡大するための工夫

連携体制の継続・拡大には人材や時間、場所や経費などが必要です。行政の事業としての活動に移行したり、行政からの支援を引き出したりすることを考えます。助成金や研究費の申請の際に大学教員に相談するのも有効です。

連携体制の構築には、核となる看護職のリーダーシップが必要であり、核となる小グループの体制をつくり、関連する周囲の関係者や他の組織・職種に働きかけることが求められます。他の課題が優先されたりマンネリ化したりして停滞した際に、活動が継続されるよう努めていくことも必要です。当初は先導者が率先して活動を進めますが、活動を継続するには役割の分担や移譲も必要であり、軌道に乗ったところで企画や実務の分担を見直すことが重要です。

看看連携による地域包括ケアの推進においては、職位や権限に関係なく全ての人が発揮する、いわゆるシェアード・リーダーシップが適しているといえます。

STEP5：取り組みを評価する

看看連携の体制が構築された後も、事業の継続や課題への対応を行う必要があります。その折には、現状の連携体制やそこで実施されている事業の評価を行う必要があります。目標の達成状況を評価することが最重要ですが、連携の効果を量的に把握できるまでには時間がかかります。まずは、事業の実施内容、参加者、費用などが分かる資料を残すことが重要です。さらに、参加者の声を把握するアンケートを実施して改善点を把握する、看看連携体制の効果があつたと思われる事例を共有する、なども挙げられます。

ヒアリング事例のポイント

1：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み1（高知県土佐市）

主な連携体制：土佐市包括ケア意見交換会（前、土佐市在宅移行支援検討チーム）

キーパーソン：基幹病院の退院支援看護師、地域包括支援センターの主任ケアマネ、訪問看護師

STEP1：連携体制構築の必要性の認識

- 基幹病院の退院支援体制が未整備であることが市議会で提起され、それを受けて退院支援部署が設置され、退院調整看護師が配置される
- 地域包括支援センターの主任ケアマネ（保健師）が退院調整看護師にアプローチ

STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ

- 退院調整看護師を中心に、院内の退院支援体制を整備。また、地域の医療機関に出向くなどして連携体制を早急に整備。この動きを看護管理者・病院長もバックアップ
- 地域包括支援センターの主任ケアマネと退院調整看護師が協力して地域の連携体制構築の取り組みを開始。その際、県立大学のコンサルテーションの活用などを実施。

STEP3-4：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み

- 地域の多機関・多職種が参加する「土佐市在宅移行支援検討チーム」を発足。議論を踏まえて大学教員が作成した在宅移行支援のフローチャートを用いて支援と振り返りを行ったところ、病院と地域のスタッフ双方の力量向上・役割の理解に繋がり、関係も近くなった。
- 「土佐市包括ケア意見交換会」と名称変更し、規模を拡大して継続。参加者が様々な事を気兼ねなく話し合えて、能力も向上し、他機関・他職種との連携もしやすくなっている。

2：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み2（山形県米沢市）

主な連携体制：医療と介護のなせばなるプロジェクト、他

キーパーソン：基幹病院の看護部長、周辺の病院や施設の看護部長

STEP1：連携体制構築の必要性の認識

- 基幹病院の看護師が再入院に関する研究を行った。その結果を受け、看護部長は、病院間連携・在宅療養移行支援の強化が必要であること、この課題は自病院だけでは解決できず、地域単位で取り組む必要があると考えた。
- 看護部長が病院長に相談したところ、県の推進事業の使用を提案され、応募・採択。

STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ

- 看護部長が地域の他機関や保健所とともに地域連携に向けた取り組みを開始。地域診断を行い、医師・看護師の在宅療養に関する理解不足、医療・介護の共通ツールの必要性、市民への在宅療養に関する啓発の3課題が明らかになった。

STEP3-5：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み、取り組みの評価

- 「医療と介護のなせばなるプロジェクト」を当初は県事業、その後自主事業として実施。
- 顔の見える連携構築に向け、基幹病院などが事務局となり、医療・介護に関する多機関・多職種対象の「なせばなる塾」を企画し、グループワークを含む研修会を実施。これにより、医師・看護師の意識変化、在宅医療体制の向上、施設での看取りの実践等が図られている。
- 職種間の共通ツール作成は保健所の事業として展開。市民への啓発活動も実施していたが、自主事業化に伴い現在はなせばなる塾に焦点を当てて実施している。

3：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み3（新潟県長岡圏域）

主な連携体制：新潟県の看護職員県内定着強化事業における地域内看護職員育成構築システム、およびこれに伴い発足した、長岡圏域看護部長会

キーパーソン：基幹病院および周辺病院の看護部長、保健所保健師

STEP1：連携体制構築の必要性の認識

- 県内では看護師不足が課題となっており、看護職員が県外の施設へ就業した理由として、「院内教育や研修体制が整っていたから」と回答した者が3割という調査結果があった。
- 県では、県全体の会議である『看護職員確保対策検討会』および2次医療圏内の病院の看護部長を構成員とした『圏域会議』を発足させ、各圏域が研修の企画などを実施することとした。

STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ

- 長岡保健所では、この事業開始に当たり、圏域内の全病院へのヒアリングをしたところ、看護職員確保に関する課題が多くあげられた。中核病院の看護部長も本事業を前向きにとらえた。
- 「圏域内全病院の看護部長のネットワークづくり」「研修会の開催」を目標として事業を実施。

STEP3-5：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み、取り組みの評価

- 研修会では、様々な規模の病院が共通の課題にできるテーマを設定し、会議体内で講師を依頼して費用を節約し、基幹病院の講堂を使用し、休みを取りやすい週末の半日とした。対象は病院の看護職から地域へと広がっている。その他、各病院で実施している研修を公開制にしている。
- 看護部長の会は継続的に開催され、「長岡圏域看護部長会規約」を策定して運営されている。会議には行政（保健所）がオブザーバー参加しており、相談できる。参加しやすく協力しあう雰囲気になっている。現在は、看護部長間の交流に加え、各レベルでの連携ができ始めている。

4：200床以下の地方の自治体病院が取り組んだ事例（北茨城市民病院）

主な連携体制：地方公立病院における訪問看護事業の構築および元気ステーション設立による院内外の連携体制

キーパーソン：病院の看護部長

STEP1：連携体制構築の必要性の認識、STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ、STEP3-4：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み

- 全世代を対象とした地域包括ケアシステム構想に向け、行政や医師会を交えて検討した結果、大学との提携のもと、病院附属家庭医療センター（診療所）の開設に至った。ここでは外来診療・訪問診療の他、健康教育にも積極的に取り組んでいる。
- 医療過疎地域で訪問看護人材の確保・育成が大きな課題であったため、院内幹部会議で訪問看護設置が決まり、看護部中心のプロジェクトチームが準備を進め、訪問看護室の開設に至った。
- 院内の看護師が訪問看護の理解を深め、部署横断的な連携・協働体制を構築する必要があるとし、①病棟看護師長等を対象とした研修、②病棟・外来の看護師を対象とした研修、③病棟・外来・地域医療連携相談室等の連携推進、④出向研修による訪問看護人材の育成を実施。
- 市のコミュニティケアセンター（元気ステーション）を設置。「まちの総合相談窓口」「関係づくり」「地域づくり」の3つをコンセプトとし、多機関が運営に携わって相談対応など実施。
- 大学による研究結果を踏まえ、在宅医療・介護連携推進協議会メンバーで構成された2つのワーキンググループを中心に取り組みを展開。医療・介護の連携のための「多職種連携ガイド」の作成、および、多職種連携研修会の企画運営を実施した。

5：都心の下町地域における、大学病院を中心とした取り組み（東京都葛飾区）

主な連携体制：東京慈恵医科大学葛飾医療センターと訪問看護ステーションは一とによる相互研修体制

キーパーソン：大学病院の看護部長と退院支援看護師、地域の基幹型訪問看護ステーション

STEP1：連携体制構築の必要性の認識

- 難病の子どもへの在宅退院に向けた準備を、病院看護師と訪問看護ステーションの所長が協力して行ったことにより、病院の看護師と訪問看護師が密に繋がったという背景あり。
- 大学病院において、リニューアルによる病床数の減少やSWの離職などに伴い、看護師が退院支援に関与し主導する必要性を看護部が認識し、院内の仕組み作りを開始。

STEP2～4：連携体制構築に向けた働きかけ、連携体制を構築し、維持・拡大するための取り組み

- 院長や看護部長等で地域の医療機関を100件訪問。翌年「医療連携センター」を設置し退院支援看護師やSWを配属。「オープン講座」を開始して訪問看護ステーション等に参加呼びかけ。
- 「南葛飾医療連携ネットワーク」を構築し、病院と訪問看護ステーションとで「看・看連携連絡会」を開催。「症例会議」にはステーションの他、地域包括支援センター等も参加。
- 院内では、全看護師対象としたラダーに退院支援を組み込むとともに、選択制で退院支援の勉強会を開催したり、基幹型訪問看護ステーションで病棟看護師が研修を行ったりしている。
- 病院と基幹型訪問看護ステーションで「相互研修体制」を構築しており、病院の研修に訪問看護師も参加できる。地域の他ステーションには基幹型ステーションから研修情報を伝えている。
- 病院の看護師と訪問看護師が会う機会が増えることにより、信頼関係が密となり、お互いのスキルアップにもつながっている。

6：都市部の中心地域における、基幹型ステーションを中心とした取り組み（大阪府大阪市）

主な連携体制：大阪府訪問看護ステーション協会と各地域の病院との連携事業

キーパーソン：地域の基幹型ステーション→病院看護部

STEP1：連携体制構築の必要性の認識

- 病院との連携にジレンマを感じる訪問看護師が多くいた。府の訪問看護ステーション協議会（現協会）のブロック活動で病院との連携に関する不満があがり、協議会で取り上げられた。

STEP2～4：連携体制構築に向けた働きかけ、連携体制を構築し、維持・拡大するための取り組み

- 「病院滞在型コールセンター相談事業」では、大阪府内のモデル病院に訪問看護師が滞在して、病院の退院調整看護師等と連携して相談業務を行い、効果をあげた。またこれを契機に、各ブロックで訪問看護と病院による勉強会の開催などの取り組みが行われている。
- 「教育ステーション事業」では、訪問看護ステーションの管理者が、地域の拠点病院に働きかけて、病院の退院支援に関する教育やしきみづくりに関与している。ある中核病院では退院調整看護師が訪問看護師に対し院内の退院支援促進への協力を仰いだ。訪問看護師が「病院の退院支援の機能充実」を働きかけたところ看護管理者の賛同が得られ、病院看護師への教育改革に取り組むことになった。訪問看護師による研修で病院看護師の意識が変化した。
- 別のステーションの所長は、病院に連携の重要性を繰り返し訴えたところ、ある中核病院の退院支援カンファレンスに試行的に訪問看護師が入れることになった。こうした活動の積み重ねにより看護協会の支部活動とステーション協会のブロック活動を連動させた「看護職ネットワーク会」が始動し、サマリーの改善、研修の共同企画、退院支援計画書作成を実施。
- 訪問看護師の柔軟な活動、看護という共通言語でのアピール、実績の可視化が成功要因。

1. 本ガイドラインの趣旨

効率的かつ質の高い医療提供体制、および Aging in place（地域で暮らし続けること）を実現するための地域包括ケア体制の構築が進められる中、医療資源を効果的に活用すること、そして急性期から在宅に至るまでの機関間・職種間の連携体制を構築することの重要性が増しています。なかでも、看護職は医療・生活支援を含む幅広い専門性を有する職種であり、医師が中心となって病気を“治す”ことを主眼とする医療ではなく、“治し支える”医療が重要な時代において、病気と生活の両方を理解していることから、連携の中心的な役割を担うことが期待されます。また、看護職は、地域包括ケア体制内で行政を含む多くの機関で活躍し、専門職の中では人数も多く存在しています。（次頁図参照）

その看護職同士がつながること、すなわち看護と看護の連携を「看看連携」と呼びます。ここで看看連携を、「地域の看護職同士が、対象者の生活を支えるために、同じ目標をもって、信頼しあい、対等の立場で協働すること」と定義します。つまり、多様な部署・機関に属する看護職どうしが顔の見える関係性を構築し、互いの役割を理解し、コミュニケーションの円滑化を図ることを指します。看看連携の形態としては、医療機関の看護管理者間の連携、看護職全体での勉強会などの集まり、在宅ケアや施設ケアを担う看護職間の連絡会、行政が主催する看護連絡会などが考えられます。

看看連携が促進されることによる患者への効果として、まず、看護師同士が互いの施設を知り、コミュニケーションが取れていることにより、患者に関する情報共有や支援がスムーズに行われ、療養場所の移行がタイムリーに、かつ適切に行われることが期待されます。それにより、患者はより安心感をもって次の療養場所に移行し、移行先で適切なケアが受けられるようになるでしょう。加えて、所属機関や看護師個人の専門性を踏まえた看護を学びあうことにより、患者が受けられる看護の質も高くなる可能性が考えられます。さらに、多くの機関に多数存在する看護職間の連携を促進することにより、組織と組織がつながり、結果的に他の職種を含めた連携も合わせて促進されることも考えられます。それにより、個々の患者への効果だけでなく、地域

全体のケアの質向上や新たな資源開発、資源配置の最適化などの第一歩につながる可能性もあります。

私たちのプロジェクトでは、看看連携の中でも、地域の医療連携の中核を担う病院（以後、「中核病院」という）が連携体制の構築や維持に役割を果たし、病院と地域の看護職が幅広く参加し、かつ看護の質向上に向けた取り組みを含めて活動している看看連携体制に着目することにしました。そして、看看連携の体制づくりの発端、立ち上げ、維持、事業の実施などの各段階で、中核病院およびその他の看護職が実施した内容をヒアリングにより抽出し、整理してきました。そこで、このガイドラインでは、看看連携の体制づくりに関する具体的内容とそのポイントを、ヒアリングに基づいて記述します。また、連携体制構築に必要な費用やサポートの得方についても合わせて記述します。

これにより、これから看看連携に取り組もうとしている中核病院や、その他のステークホルダー（行政、在宅ケア機関など）が、何から取り組めばよいか、実施していく中でどのような課題が生じ、それをどう解決したらよいか、といった点について、何らかのヒントを得ることができればと考えます。そして、各地域の特性に応じた看看連携体制が各地で確立され、看護の質向上に寄与することが、本ガイドラインの趣旨です。

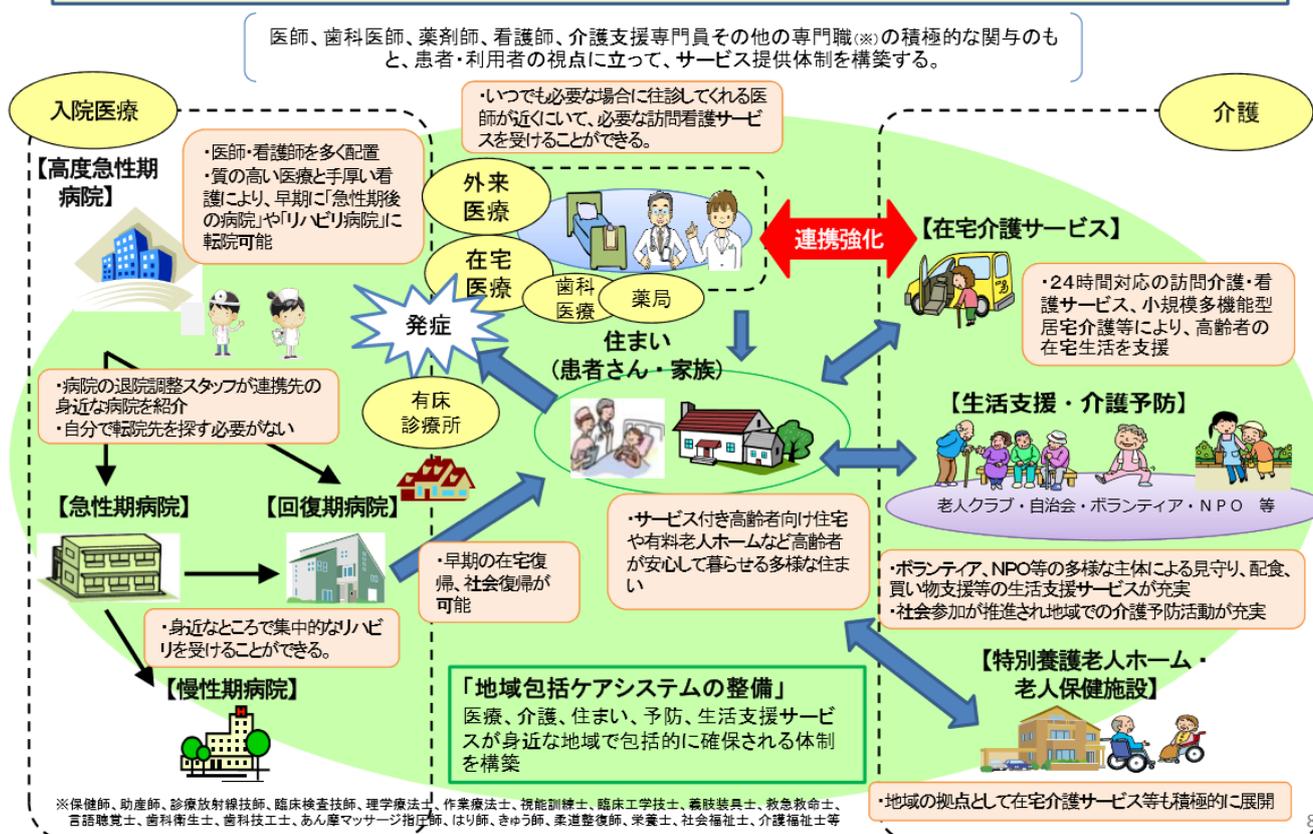


図. 地域包括ケアシステムを支える看護職

2. Aging in place を実現するための組織を超えた 看看連携とは

世界に類を見ないスピードで超高齢社会を迎える我が国では、地域包括ケアシステムという概念で、改革を進めています。下図は医療介護総合確保法の議論において、厚生労働省から提示された地域包括ケアシステムの模式図です。医療・介護・住まい・予防・生活支援が身近な地域で提供されること、入院医療・外来医療・在宅医療・介護などが互いの連携を強化することが盛り込まれています。そして、病気や加齢に伴う暮らしづらさがあっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会、その延長線で人生の幕引きを迎えることができる社会、すなわち aging in place（地域で暮らし続けること）の実現を目指しています。「なるべく在宅、時々入院」という表現をされることもあります。

医療・介護サービスの提供体制改革後の姿（サービス提供体制から）



出典：厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000151009.pdf>

一方、急性期医療に携わる病院の看護職からはこのような声も聞かれます。

- ・ 退院後、すぐに戻ってくる高齢者。肺炎・心不全を繰り返す状況を見ると、在宅って大丈夫なのか。退院指導・退院支援にどのような問題があったのか。
- ・ 訪問看護や在宅医療が、どのように関わっているのか見えない。退院後のフィードバックがない。
- ・ ケアマネジャー・訪問看護との連絡相談が、地域連携室経由になる場合、患者の現状とずれやタイムラグがある。病棟看護師と直接、現状の共有や相談をすることはできないだろうか？
- ・ 外来・病棟看護師は在宅療養をイメージできているのだろうか？
- ・ 介護施設から、救急搬送される高齢者が増加している。
- ・ 住まいの場である施設での看取り支援はできているのだろうか？
- ・ 高齢者の救急搬送時、本人は意思表示できない。もっと前に、予測して意向を聞いておいて欲しい。
- ・ 急性期病院から転院してくる時に、何を目的に転院するのか、不明瞭なまま入院長期化する。
- ・ 独居・高齢世帯が増える中、介護サービスにも限界がきているのではないか？

入院早期から退院支援に取り組んでいる病院が増えていますが、入院する前の外来通院時、在宅療養中に、病気をもちながら暮らし続けるための療養指導や、必要な相談支援ができていたら、ここまで悪化することがなかったのではないかと思う事例もあります。施設や在宅療養者の救急搬送患者では、これまで、病気の進行や加齢に伴い必ず訪れる人生最終章の時をどう生きるのか、本人との話し合いができていたのだろうかという事例も多くみられます。

「年を取っても、病気になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができること」（aging in place）を阻害している問題は、個々の病院や、施設、訪問看護事業所単独では解決できません。組織を超えた地域包括的視点を持った看護連携が必要なのです。皆さんの病院がある地域では、病院・訪問看護事業所・介護施設・地域包括支援センター・ケアマネジャーの看護職および行政保健師の間で、お互いの顔の見える関係はできていますか？「入院早期から退院支援」と以前

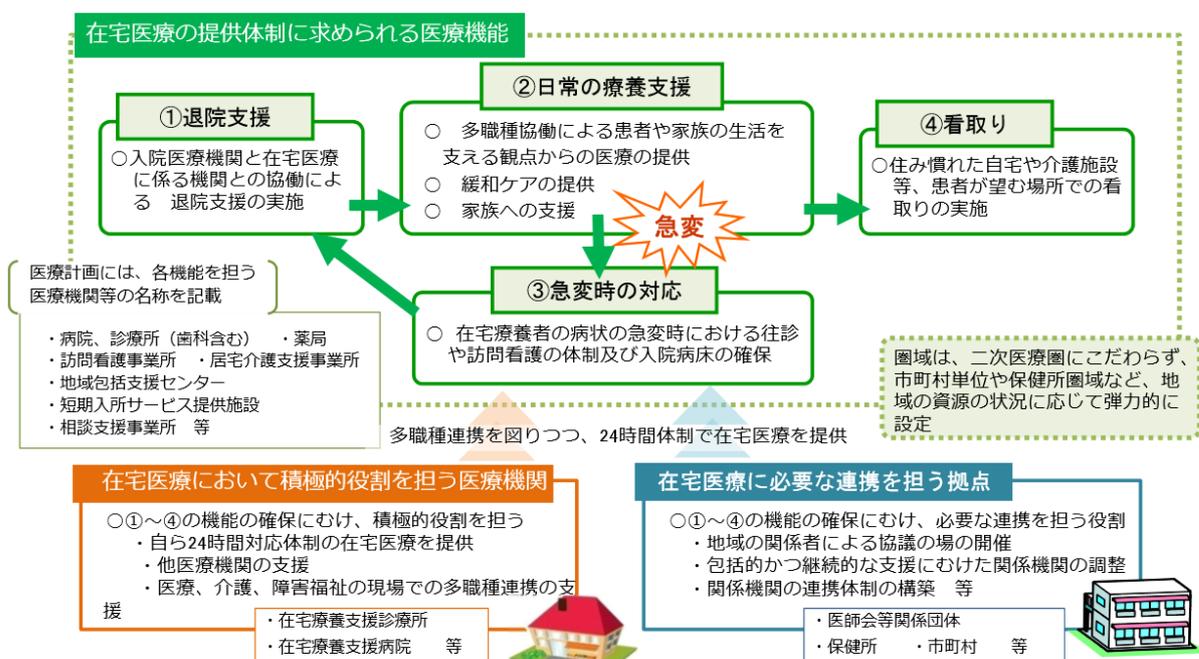
から言われていますが、在宅療養中に、今後の予測をし、患者の意思表明を確認していたのだろうか等々、悩ましい現状があります。

こちらは、厚生労働省の在宅医療および医療・介護連携に関するワーキンググループで提示された「在宅医療提供体制」を示した図です。こちらの①～④のポイントに沿って、自分の病院が地域と連携していくうえでの課題、さらに地域全体で病院と在宅ケア機関を含む諸機関が連携していくうえでの課題を整理してみましょう。

在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



在宅医療の体制構築に係る指針（疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について）（平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知）

出典：厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000183822.pdf>

（1）退院支援

目標：入院医療機関と在宅医療に係る機関の円滑な連携により、切れ目のない

継続的な医療体制を確保すること

【入院医療機関】

- 退院支援の際には、患者の住み慣れた地域に配慮した在宅医療及び介護資源の調整を心がけること

【在宅医療に係る機関】

- 在宅療養者のニーズに応じて、医療や介護を包括的に提供できるよう調整すること
- 高齢者のみでなく、小児や若年層の在宅療養者に対する訪問診療、訪問看護、訪問薬剤指導等にも対応できるような体制を確保すること

【病院看護職に求められるのは…】

- 入院決定時・入院時に地域包括支援センター・介護支援専門員と入院時連携ができ、患者のこれまでの暮らし・生活状況を把握できる
- 入退院支援プロセスにおける連携・協働について在宅支援者と病院医療者で共有し、推進するための関係作りができています
- 地域の訪問看護ステーションと相談しやすい関係ができています
- 施設入所者の入院にあたって、入院時判断から退院まで、施設看護職と連携・協働ができる

看看連携好事例 1：施設ナースと病院看護師

特別養護老人ホームから入院する高齢者に対する医療提供のあり方を悩んでいた施設ナースが、退院支援看護養成研修を受講したことがきっかけとなり、入院最初の医師からの病状説明場面に施設ナースも同席するようになりました。

遠方にすむ家族と相談員（施設ケアマネ）に加えて施設ナースが参加したことで、療養者や家族が望んでいた「施設（住まいの場）」での看取りを叶える動きにつながりました。入院中に、経管栄養導入ではなく、最期まで口から食べながら、最期まで施設で過ごしてもらうことを目標に、嚥下評価や栄養士による食品の工夫を行い、退院後は、施設でも継続しながら、穏やかな看取りを迎えることができました。

(2) 日常の療養支援

目標：患者の疾患、重症度に応じた医療（緩和ケアを含む）が多職種協働により、
できる限り患者が 住み慣れた地域で継続的、包括的に提供されること

- 在宅療養者のニーズに対応した医療や介護が包括的に提供される体制を確保すること
- 地域包括支援センター等と協働しつつ、療養に必要な医療や介護、家族の負担軽減につながるサービスを適切に紹介すること
- 医薬品や医療・衛生材料等の供給を円滑に行うための体制を整備すること

【病院看護職に求められるのは…】

- 外来通院時に疾患の重度化予防のための療養指導の充実、必要な患者への訪問看護の導入ができる
- 内服管理・医療処置等が、加齢や病気の進行により自立して実施できなくなることを予測し、訪問看護等在宅医療移行ができるよう調整する（調整担当者との協働する）
- 暮らしの変化にアンテナをはり、早い時期に生活ケア体制をととのえるため、地域包括支援センター等、地域の相談窓口と連携ができる
- 患者に関わる通所サービス看護職や施設看護職と必要時連携・協働ができる
- 病院の認定・専門看護師が地域へ訪問し、看護の質を向上するための活動ができる

看看連携好事例2：地域包括支援センターと外来看護師の連携

患者の外来受診時、内服管理が困難になったり、生活が崩れてきた様子（更衣・清潔等）に気づいた外来看護師が、地域包括支援センターの看護職に相談しました。

その後、地域包括支援センターの看護職が「地域担当の看護師です」と自宅へ訪問し、病気の理解・受けとめかた、療養への思いを聴きながら、かかりつけ医への移行や、外来看護師との連携を通して、内服の整理を行い、安定した療養継続につながりました。

看看連携好事例 3：訪問看護師と外来看護師のランチミーティング

訪問看護管理者が同法人の退院支援看護師に、「指示書が出ている患者の外来通院時の状況を共有したい。訪問看護師が気になることを外来看護師と共有・相談することで、療養の安定につながるのではないか？」と相談があったことがきっかけとなり、ランチミーティングをすることになりました。

外来は子育て中の看護師も多いので、月に1度のランチミーティングを企画し、最初は指示書が出ている患者の相談・共有から始まりました。現在は外来患者に関する相談の場としても活用されています。また、ACPの場面として外来看護師が主治医と相談し、診察場面に同席する工夫や、必要時ケアマネジャーと相談して「サービス担当者会議」の場として機会を設定しています。

(3) 急変時の対応

目標：在宅療養者の病状の急変時に対応できるよう、在宅医療を担う病院・診療所、訪問看護事業所及び入院機能を有する病院・診療所との円滑な連携による診療体制を確保すること

【在宅医療に係る機関】

- 病状急変時における連絡先をあらかじめ在宅療養者やその家族に提示し、また求めがあった際に24時間対応が可能な体制を確保すること
- 24時間対応が自院で難しい場合も、近隣の病院や診療所、訪問看護事業所等との連携により24時間対応が可能な体制を確保すること

【入院医療機関】

- 在宅療養支援病院、有床診療所等において、連携している医療機関（特に無床診療所）が担当する在宅療養者の病状が急変した際に、必要に応じて一時受け入れを行うこと
- 重症で対応できない場合にむけ、他の適切な医療機関と連携する体制を構築すること

【病院看護職に求められるのは…】

- 高齢者の緊急入院を断らないための入院相談体制を整えている
- 在宅療養を支える機能（退院支援機能・地域包括ケア病棟など）を持っている
- 認知症を有する患者の入院受け入れを行い、認知症ケアを行う
- 地域にある病院の機能を把握し、治療後の回復期ケア・認知症ケアを担う病床・施設と適切に連携する
- リハビリテーションチームとともに離床に取り組んでいる

看看連携好事例4：急変時の対応

利用者に緩和ケアや褥瘡に関連する問題が発生した際に、訪問看護師から退院支援看護師へ相談が入り、各認定・専門看護師が対象へ訪問できるような体制を取れたことで、入院せずに対応することができました。

看看連携好事例5：地域包括ケア病棟

地域包括ケア病棟を開設することになり、地域連携室室長が、地域の診療所・訪問看護ステーション・ケアマネジャーに、どのような入院ニーズがあるかをヒアリングに回りました。要介護状態、認知症がある高齢者は、急性期病棟ではなく、高齢者ケアができる病棟での入院が可能になれば、在宅支援者も安心であること。そして、入院早期から、在宅支援者も退院支援に協働して行えることを共有し、肺炎や褥瘡発生時の入院を、「サブアキュート」として直接地域包括ケア病棟で対応できるよう取り組みました。退院支援の経験が少なかった地域包括ケア病棟職員が、在宅支援チームのサポートを受けることができました。患者とともに、自宅へ訪問し、在宅支援チームと自宅で「退院前カンファレンス」を開催します。訪問看護師や福祉用具業者とともに環境整備を行ったり、入院中のリハビリも、自宅環境をイメージして行うことができました。

(4) 看取り：在宅・施設等での看取りの実現

目標：住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を確保すること

【在宅医療に係る機関】

- 終末期に出現する症状に対する患者や家族の不安を解消し、患者が望む場所での看取りを行うことができる体制を構築すること
- 患者や家族に対して、自宅や住み慣れた地域で受けられる医療及び介護や看取りに関する適切な情報提供を行うこと
- 介護施設等による看取りを必要に応じて支援すること

【入院医療機関】

- 在宅医療に係る機関で看取りに対応できない場合について、病院・有床診療所で必要に応じて受け入れること

【病院看護職に求められるのは…】

- がんに限らず、終末期の症状緩和が提供できるよう訪問看護や施設看護職と連携する
- 病院と地域での意思決定支援を実施し、療養者の意向やそれまでの話し合いの内容を施設間で共有できている。（Advanced Care Planning, ACP）を普及し、地域で共有する
- 高齢者ケアや看取りについて市民への啓発を行い、在宅や施設での看取りの成功体験を市民と共有して、「このまちで最期までくらす」意識を高める働きかけができています

3. 看看連携構築のプロセスと実践内容

看看連携構築のプロセスと実践内容は、以下の図2に示す5つのSTEPで整理できます。それぞれのSTEPについて詳細に説明していきます。

STEP1：連携体制構築の必要性を認識する

STEP2：連携構築に向けて働きかける

STEP3：実際に取り組みを実施する

STEP4：取り組みを維持・拡大する

STEP5：取り組みを評価する

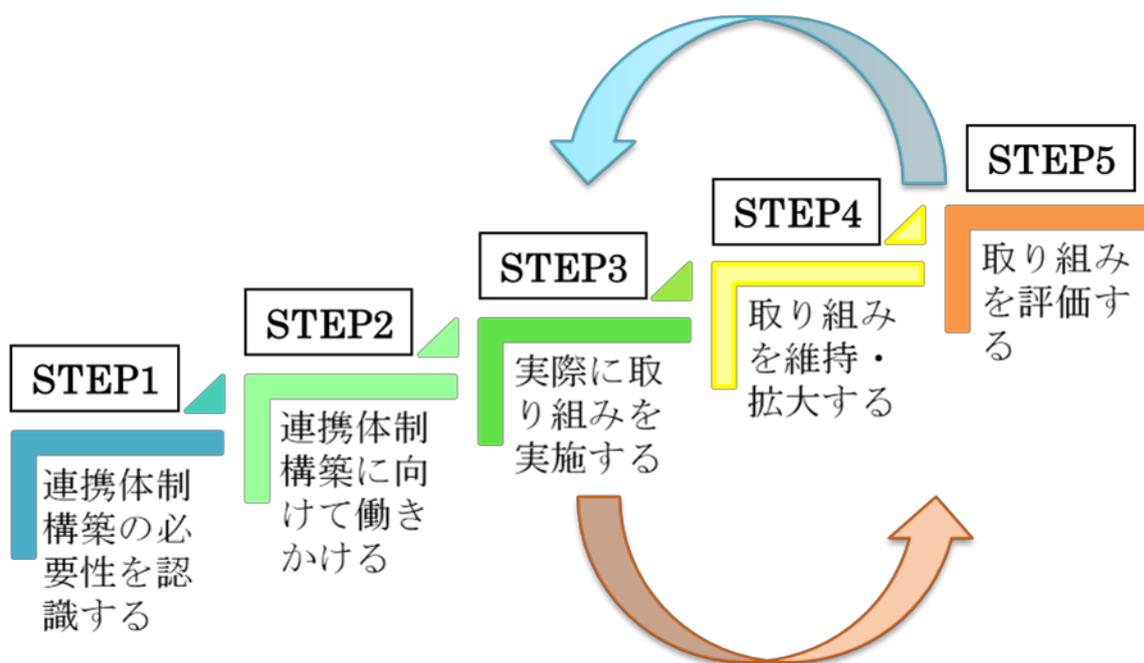


図2. 看看連携構築のプロセス

STEP1：連携体制構築の必要性を認識する

(1) 看護現場の悩みごとを看護のしくみから捉えよう

ある急性期病院の地域連携室の看護師から悩みを聞きました。「空床がなく救急車を受け入れられない。受け入れても病棟のベッドが空かず救急部で数日も過ごすことが常態化している。」空床がないのは、「患者が退院できないため。」といます。

「リハビリや療養施設はどこも2-3ヶ月待ち」「家では看られないと言う家族に無理

は言えない」と。そして、本人の意向とは反して自宅へ帰れないケースも多々あると
いいます。

私たち看護職は、国民の「健康で文化的な最低限度の生活」を保障するための社会
制度の中で働く専門職です。人びとが、病状にあった治療を適切な場所で受けられ、
望むところで望む生活ができるように、看護の仕事を通して支援することが私たちの
使命です。

そのための方法は大きく2つあります。一つ目は、看護師の一人ひとりが患者とそ
の家族へ最善のケアを目指してかかわることです。そしてもう一つは、個人として行
う看護だけではなく、病院内外の様々な職種や住民と一緒にケアを行ったり、共にケ
アが行える仕組みや環境を整えることです。看護管理者は、看護師個人の能力を高め
てよりよいケアが行えるようにすることや、院内外の看護職同士や多職種での協働の
仕組みをつくることのできる立場にあります。

先の看護師の悩みを、看護管理者の視点から考えてみましょう。なにが課題なので
しょうか。

(2) 病院は地域のケアシステムの一機関

救急患者を受け入れられない状況は、病院が地域の急性期医療を担う病院としての
役割を果たせていないことを意味します。

私たちの国がめざしている地域包括ケアシステムは、地域の保健・医療・福祉に関
わる多様な機関、住民が力を合わせて一人ひとりの生活を支えあうしくみです。医療
はその一部ですが、医療においても、地域の複数の病院が急性期・回復期・慢性期な
どの病期ごとに医療機能を分担し、連携・協力し合って地域住民の生活を支えていく
地域完結型医療が提唱されています。したがって、救急車を受け入れられない、ある
いは病棟に収容できない状況は、一病院の看護師の悩み、経営問題にとどまらず、地
域の急性期医療機能の不全状態を意味します。看護管理者は、一施設が地域社会の中
で担っている使命を自覚し、看護職として何をすべきか、何が行えるのかを考えるこ
とが必要になります。

(3) 病院の内側と外側（地域）の両方に目を向ける

ベッドがなく緊急入院を受け入れることができないというとき、そのような事態がどうして起こるのか、病院の内側と、病院の外側つまり地域の両方に目を向ける必要があります。

病院の退院支援の機能がうまくいっていない可能性があります。退院支援の仕組みを院内に整え、看護師の能力を高めて機能させることが必要になります。一方で、病院を取り巻く地域にも目を向け、住民の暮らしや地域全体でのケアの状態に要因がないか考えてみる必要があります。

どのような患者が救急車で来院しているのでしょうか。脳卒中や心筋梗塞の発作、転倒による骨折に加え、退院し自宅療養していた心不全や腎不全患者の急性増悪などが含まれているかもしれません。脳卒中や心筋梗塞は糖尿病や高血圧といった生活習慣病がベースになっていることが多くあります。転倒による骨折は加齢による運動能力や視覚聴覚の低下、骨の変化が関係しています。

外来看護師や日常診療をおこなう診療所の看護師は、生活習慣病や転倒予防に対するセルフケア力の強化にどのように関わっているでしょう。地域の人びとは、加齢や病気の知識をもち健康に注意して生活をしているのでしょうか。自分の最期をどのように迎えるか普段から考えているのでしょうか。予防や心構えという観点から地域の看護職はどのように働きかけているのでしょうか。

病院は地域の一つの機関。そのため常に地域の人びとの意識・暮らし方、地域の文化・制度の影響を受けています。病院内の問題に対応するためには、病院内の仕組みと同時に地域にも目を向けて背景を探ってみる必要があります。

(4) 地域の中で看護の力を育む

地域の中での役割を果たしていくには、一つの病院、一人の看護管理者だけの取り組みでは困難なことが多く、地域住民と関わる様々な看護職や多職種と協力し合って取り組むことで、可能になることがあります。

先の例で考えてみます。なぜ、急性期治療を必要としない患者が、「退院できず」入院し続けているのでしょうか。看護師が患者とその家族の大切にしていることや困りごとにしっかり向き合い、再び地域に戻って療養生活を継続できるための支援ができていますでしょうか。看護師が親身になって効果的な支援を行うには、患者がどんな家でどんな生活をしているのか、どんな役割をもち、またどんな人から支えられているのか、地域での療養の現実を知ることが不可欠です。

看護師の退院支援の力を育むためには、看護師が自分の目で実際の療養生活を見てみるのが効果的です。訪問看護研修や退院後の自宅訪問を取り入れている施設の報告には、看護師が患者と家族の生活力を目の当たりにし、それぞれの意向を尊重した支援に強く動機づけられていることが示されています。退院後の患者の様子について訪問看護師やケアマネジャーからフィードバックを受けたり、一緒に事例検討を行うことも効果的でしょう。これらの取組みは、訪問看護師や地域包括支援センターなどの地域の看護職やケアマネジャーなど、他職種に協力を依頼することで実現可能になります。病院看護の力を地域の多様な人々とともに高めていく仕組みづくりです。

(5) 地域の看護職がつながること

地域の看護職や多職種の協力を得るにはどうしたらいいでしょう。「つながる」ことが大切になります。「つながる」とは、離れているものが結ばれひとつづきになること。一人では、一つの施設では為しえないことであっても、「つながる」ことで可能になります。

それでは、つながるためにはどうしたらいいのでしょうか。

ある看護管理者は、自治体が主催した看護管理者の会に参加したことがきっかけで近隣の看護管理者とつながることができました。最初は、知り合いもおらず、自分のような中小規模病院の看護管理者が参加してもいいのだろうかと心細かったとのことでした。しかし他の参加者も同様の思いでいることが分かって打ち解けられたといいます。そして話をしたことがきっかけで、互いの状況を情報交換し、次第に看護管理の悩みを相談する関係ができたといいます。

また他の看護管理者は、病院の経営再建のために地域の関係機関への挨拶に自ら赴きました。その折に、自分の病院の看護への厳しい意見をもらい、地域の自病院への期待を自覚するとともに、連携の必要性を痛感したといいます。その後、地域住民のための病院として機能できるように病院内の入退院支援の仕組みをつくり、積極的に他機関と連携しています。まずは、看護管理者が「つながる」ことの大切さを認識して、病院の外へ勇気をもって一歩踏み出してみることが大切です。

一方で、一人の患者の療養支援を複数の施設や機関の看護師が一緒に行うことで、現場の看護師間の関係が育ち、それが組織間の協働につながるケースもあります。例えば、人工呼吸器を装着して在宅療養しなければならない困難な療養課題をもつ患者の退院支援に、複数の病院、訪問看護ステーションの看護師たちが関わった事例です。「何とか患者と家族の意向を実現させたい」と看護師が協力し合い工夫して成功させました。この過程で現場の信頼関係が育ち一気に距離が縮まり、その後の事例の相談や勉強会の共同主催など組織間の連携に発展していきました。

実は、地域で活動する訪問看護師、地域包括支援センターの保健師、そしてケアマネジャーのほとんどが、病院の看護師との連携を強く望んでいるのです。なぜなら、病気や障がいをもって生活する患者を長期的に支えつづけていくには、「看護」とは何か「看護師」とは何をすべきか、という価値観を共有する看護職同士がつながり、力を合わせて活動することは、欠くことができないと考えているからです。

ヒアリング事例より

東京都葛飾区では、ある病院に入院していた難病の子どもが自宅退院をめざす際に、地域にある大学病院が退院準備のための転院を受け入れ、その大学病院と訪問看護ステーションの看護師の協働から看看連携が生まれています。

1か月の準備期間の間、病院の看護師は、母親が医療処置などのスキルを習得できるように関わりました。一方訪問看護師は、毎日病院に通って母親が沐浴などのケアができるようになるよう指導しました。子どもと家族への支援を協働して行ったことが、病院看護と訪問看護の距離を一挙に縮めました。

STEP2：連携体制構築に向けて働きかける

地域での看護職間の連携の必要性を認識したら、次は連携体制の構築にむけて行動を開始しましょう。連携体制構築のきっかけとなる機関は、県などの行政機関、地域中核病院、訪問看護ステーション等、様々です。

連携体制構築に向けた初期段階においては、まず、機関内の理解を得ることが重要です。地域連携における課題をキャッチした後に、連携課題解決に向けてどこから働きかけたらよいか、誰にどのような働きかけを行いネットワークを拡大していくか、リーダーを中心に機関内で課題の重要性を認識し共通理解を促進することが必要です（図3）。

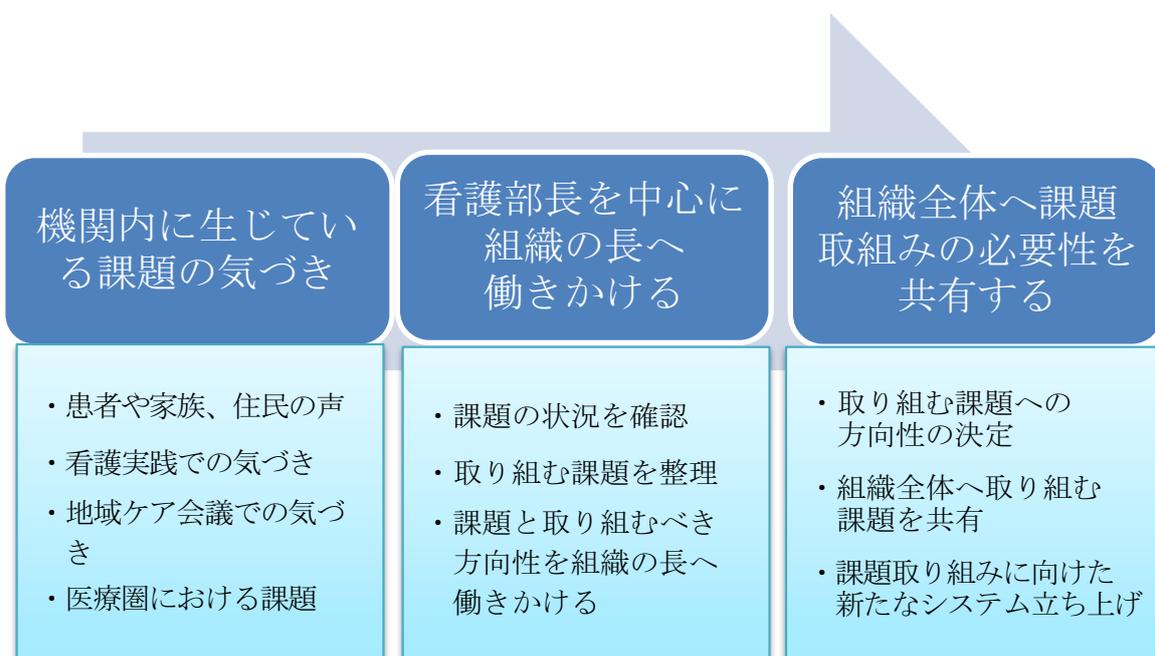


図3. 機関内における体制づくりのステップ

(1) 機関内に生じている課題の気づき

機関内における体制づくりのファーストステップとして、機関内に生じている課題の気づきが大切です。その気づきは、患者や家族とのかかわりの中からあげられた言葉や要望、病院周辺の住民からの声もあれば、日頃の看護実践を行う中での気づきも含まれます。さらには病院地域関係者間で開催する地域ケア会議の話し合いの中から

生じることもあれば、医療圏などの市区町村の課題としてあげられる可能性もあります。連携体制構築に向けたきっかけは、日頃の実践やかかわり、業務の中から生じた気づきに目をむけることから始まると考えます。

前方連携・後方連携に従事する MSW、退院支援看護師は、自院を取り巻く医療機関や、在宅医療・ケアの資源を把握しています。医師会や訪問看護ステーション管理者からの意見を聞く機会も多く、地域における自院に求められる役割も把握しています。ですから、まずはこれらのスタッフにヒアリングをしてみましょう。

そしてヒアリングで出た意見を 4 つに整理し、まずは短期間で取り組めることから始めましょう。

1. 機関内で整理して、すぐに対応できること（書類対応や窓口の明確化等）
2. 研修やシステムを再構築して対応する必要があること
3. 地域にある病院や訪問看護ステーション、施設看護職と「継続看護」という視点で共有して解決策を練っていく必要があること
4. 医師会やケアマネジャー、地域包括支援センター等、他職種との連携における課題

（２）看護部長を中心に組織の長へ働きかける

機関内に生じている課題やニーズをキャッチしたリーダー（看護部長）は、どのような課題が生じているのか、患者や家族、病院周辺の人々にその課題はどのような影響があるのかなど、まずは起こっている課題について状況を確認し、どこからどのように取り組む必要があるのか課題を整理していきます。

整理した課題に対して実際に取り組んでいく際には、組織の長（病院長）へ課題解決に向けた方策を働きかけることが不可欠です。連携における課題への取り組みは、機関内外のネットワークづくりが基盤となるため、機関内のリーダー（看護部長）は現場からあげられた課題の重要性を組織の長（病院長）へ働きかけ、組織として取り組むことの重要性を共通理解していくことが求められます。

(3) 組織全体へ課題取り組みの必要性を共有する

機関内のリーダー（看護部長）と組織の長（病院長）が課題解決に向けた方策を共通認識したら、取り組む課題に対して、どのような方策で介入をすすめていくのか方向性を定めていきます。そして、機関内の組織全体へ取り組む課題を共有するために、組織における会議や研修会を通して、機関内のすべての関連スタッフへ、課題取り組みの必要性と具体的な実践内容を共有していくことが重要です。具体的な実践内容を遂行していくために必要な人材を配置することや新たなシステムを立ち上げて、機関内のリーダーとしてその人材やシステムをサポートしていくことも重要な役割となります。

ヒアリング事例より

土佐市民病院では、住民から議員への退院支援強化に関する要望があがったことから病院に退院支援部署が設置され、退院調整看護師が配置されました。院内の退院支援に関する勉強会を開催してスタッフの認識へはたらきかけを実践し、病院長、看護部長も病院の状況に課題意識をもっており、退院調整看護師の活動をサポートしました。

米沢市立病院では、看護研究をきっかけとして患者の移行期における病院間連携、在宅療養移行支援の強化が必要であることに気づいた看護部長が病院長に相談し、県の在宅医療介護連携推進事業の活用していくこととなり取り組みがスタートしました。

葛飾医療センターでは、病院改修により病床数が減少するなか院内の退院支援のしくみづくりの必要性を感じた看護部長が病院長に交渉した。同時期に退院支援の外部研修に参加した看護師も看護師が退院支援に関与する必要性を認識し、病院内でのしくみづくりを開始し、実績を出すことにより病院長の理解を得ていった。そして、院内に医療連携センターを設置し、連携しやすいように同じ部署内に退院支援看護師やMSWなど多職種を配属しました。

新潟県では県内の教育環境・看護職員の確保において課題があがり、県全体の会議である「看護職員確保対策検討委員会」を発足させるとともに各圏域の中核的病院等を構成員とした会議体を発足させ、研修企画などの実施が始まりました。

STEP3：実際に取り組みを実施する

(1) 地域の看護管理者のネットワークづくり（病院間、病院と診療所）

連携体制構築に向けては、地域内の病院間で課題や目指す方向性について認識を共有することが不可欠です。病院の機能分化が促進される背景において患者の移行に伴い、情報や必要な支援を繋いでいくことが求められています。機関内における体制づくりが整ってきたら、次のステップとして、病院間の看護職、病院と地域の診療所間のネットワークづくりが重要です。ネットワークづくりのポイントとしては、①医療圏ごとの看護管理者ネットワークを活用する、②地域の病院、診療所、クリニックとのネットワーク形成があげられます。実際に地域の関連機関に足を運んで挨拶まわりや名刺交換から始めてみましょう。

病院間の看護職、病院と地域診療所間のネットワークづくりのポイント

医療圏ごとの看護管理者ネットワークを活用する

医療圏ごとの看護部長の集まりの会を開催することにより、地域の特徴（文化・風土）や資源に合わせた連携のあり方について話し合い、方策を検討する。病院の看護管理者仲間を拡げるにより地域における病院間の看看連携の強化や人事交流へつなげる。

地域の病院、診療所、クリニックとのネットワーク形成

地域の病診連携強化に向けて、病院長をはじめとする機関内のリーダーたちが、地域の連携先を訪問して顔の見える関係性づくりを行う。その際に、病診連携における現状や課題について双方向からの視点でディスカッションを行い、今後の取り組みの方向性について共有する。

ヒアリング事例より

土佐市民病院では、地域の病診連携強化に向けて病院長、事務長、退院調整看護師が地域の診療所に挨拶回りを行い、病院から退院した患者や、地域から紹介があった患者の受け入れについて共有しました。

同様に葛飾医療センターでも、病院長や看護部長、病院スタッフが分担して、地域の病院・診療所・クリニックなどを訪問しました。

新潟県では、看護管理者が集まって情報交換する機会を定期的に設ける組織として新潟ナーシングネットを立ち上げたが、その際に保健所の担当者が圏域内の全病院を訪問し、看護部長に対して事業説明を行うとともに、協力の依頼、さらに現状の課題についてヒアリングを行いました。

新潟県では県内の教育環境・看護職員の確保において課題があがり、県全体の会議である「看護職員確保対策検討委員会」を発足させるとともに各圏域の中核的病院等を構成員とした会議体を発足させ、研修企画などの実施が始まりました。

(2) 地域の関係機関との連携体制づくり

地域包括ケアシステムの構築が求められるなか、地域におけるネットワークづくりに向けて、地域にある課題や強みを含めた地域診断を実施し、それらの認識を共有していくことが重要です。住み慣れた地域で暮らし続けられる地域ネットワークの構築に向けて、病院の看護師と訪問看護ステーション、地域包括支援センターや介護保険施設の看護師等の看看連携とともに地域住民を支える多職種チームとの連携が不可欠です。それらの地域支援者との連携ネットワークづくりのポイントは、①病院看護師と訪問看護師、地域包括支援センター看護師との定期的な連携会議の開催、②地域の関係職種との定期的な勉強会、研修会の開催、③地域における入退院支援ルール（マニュアル）の作成があげられます。

病院と訪問看護ステーション等、病院と地域の多職種間ネットワークづくり

病院看護師と訪問看護師、地域包括支援センター看護師との定期的な連携会議の開催

患者が退院後に連携する機会の多い訪問看護ステーション看護師や地域包括支援センター看護師と定期的に連携会議を開催し、入院患者への移行期支援の相談や方向性の検討等、症例検討会を通して病院看護師が生活をイメージした患者家族支援を実践することや地域の在宅療養患者の再入院予防に向けた情報共有を行う。

地域の関係職種との定期的な勉強会、研修会の開催

地域の関係職種（多職種）間と定期的な勉強会を開催する。勉強会のテーマは日頃の連携におけるトピックをあげ、ディスカッションも交えてワークショップ形式とすることにより、お互いの専門性の理解に繋がり、その後の顔の見える連携や相談しやすい関係性の構築に寄与する。

地域における入退院支援ルール（マニュアル）の作成

地域の連携機関がある程度決まっている場合には、その地域で共通して利用できるツールの開発が有用である。入退院時の患者情報共有のための連携シートや病診連携ツールなど ICT を活用したネットワークづくりもあげられる。

（3）地域にある看護管理者が集まる場所で発信していこう！

看護部長会、看護協会地区支部、訪問看護ステーション連絡会といった地域にある看護管理者の集まる場で、院内で認識した課題について話題にし、発信していきましょう。そして、何かアクションを起こそうと提案してみましよう。

以下に、具体的な取り組みの例を挙げます。自分たちの課題に合っていて、できそうな取り組みはありますか？

- ・ 顔なじみの看護管理者、少人数から集まり、**現状について意見交換、テーマごとにミニ勉強会と意見交換**、といったスタイルで始めてみましょう。例えば同法人の訪問看護管理者に協力を仰ぎ、在宅看護勉強会をしてみましよう
- ・ 訪問看護指示書が出ている**訪問看護ステーションへあいさつに行ってみましよう**。「茶話会」として病院へ集まってもらい病院への要望や意見を聞くのもよいでしょう。もちろん懇親会としての企画も大事です。

- ・ **看護協会地区支部で、会員だけではなく、非会員の看護管理者にも参加を募り、意見交換会を開催してみましょう。**行政保健師、介護施設や訪問看護管理者、診療所看護師は看護協会に属していないことも多いので、非会員への呼びかけは重要です。立ち位置の違う看護職が、まずはお互いを知ることから始め、次にどうつながり、ありたい姿に近づくかを、議論し、解決に向けた取り組み、実践を繰り返していきましょう。非会員への参加依頼は、行政保健師に協力を仰いでみましょう。

例：「この町で、aging in place（暮らし続ける）は、実現できるか？」というテーマで、「“最期までこの町で生きる”に寄り添う看護」として、訪問看護や施設での看取り報告を聞く。事例の流れを共有し、病院と在宅看護職ごちゃまぜグループワーク等で意見交換をする

例：高齢者入院疾患に多い「肺炎」「骨折」「心不全」「がん」の状態像の特徴をふまえ、外来～入院～退院支援～その後の療養までのプロセスを共有し、連携・協働のあるべき姿を皆で意見交換する。看看連携パス等のルールやツール作成等を行う。

- ・ **各市区町村の「在宅医療・介護連携推進事業」が企画する研修へ参加してみましょう。**2018年4月からは、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ、すべての市区町村が取り組み始めています。市町村は病院医療者との研修や意見交換を求めているので、いわゆる「垂直連携」と呼ばれる病院と在宅との連携には課題があるところからアプローチして参画していきましょう。

地域包括支援センター保健師、看護職や、医療介護連携センター事業コーディネーターに相談してみましょう。

ヒアリングの事例では、「**入退院支援ルール・ツールづくり**」（事例：米沢・高知土佐）、退院支援に訪問看護師、在宅医療介護連携コーディネーターがサポートする事業（事例：大阪）などがありました。

- ・ **認定・専門看護師は、地域の看護・ケアの質を向上させるための共有財産と考え、地域へ出かけていきましょう。**施設から褥瘡をもって入院してきた患者に

対して、**退院後訪問指導**を実施し、ケア職や、施設看護職に対して処置方法や褥瘡を作らないポジショニングやケアについて指導していた病院看護部に対して、地域の施設長から、ケア職員への勉強会開催の依頼があり、ケアの質向上に成果を上げている成功事例があります。

外来看護師が、内服管理ができない、受診が途切れがちである、といった患者の変化に気づいても、訪問看護やケアサポートにどのようにつないでいいかわからず、結局生活が立ち行かなくなったり病状が悪化したりして入院せざるを得ないことがあります。**訪問看護師と外来看護師のミーティングを定期的**に開催し、**外来患者の在宅療養の安定につながっているという実践があります**。これは、訪問看護師が、指示書が出ている病院医師に対して、伝えたいことや在宅療養での問題や、今後の看取りに向けた相談をすることを目的に始まったミーティングでしたが、外来患者の相談の場になりました。

ヒアリング事例より

土佐市民病院では、在宅移行支援体制構築に向けた取り組みの推進に大学教員のコンサルテーションを受けて、大学教員へ目指す目標を伝え、どのようなしくみをつくったらよいか相談・議論しながら進めました。また取り組みを始めるにあたり、地域の全居宅支援事業所のケアマネジャーに地域でしくみをつくっていく意識や意欲についてヒアリングを行い、共に作りあげていくことを共有しました。

米沢市立病院では、地域単位で取り組んでいくことが重要と考え、近隣の病院の看護部長とともに保健所課長へ相談をもちかけ、訪問看護ステーション、介護保険施設管理者へ参加を呼びかけ、事業推進が促進されました。また広域調整が可能な保健所は複数市町村にまたがる連携の取り組み支援として、入退院時連携を促進する入退院調整ルール作りに着手しました。

葛飾医療センターでは、南葛飾医療連携ネットワークを構築し、病院と地域の訪問看護ステーションとで看看連携連絡会を開催しています。また訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と症例会議も開催しています。難病の小児患者の在宅療養移行支援を訪問看護師と共同で行ったことから、個々のケースの相談や勉強会の相談が気軽になり、これらの開催に至りました。

大阪府訪問看護ステーション協会では教育ステーション事業の一環として、訪問看護ステーションの管理者が地域の拠点病院に働きかけ、病院の退院支援に関する教育やしくみづくりに関与し、勉強会の講師を務めることや退院支援カンファレンスに参加する取り組みを行い、病院看護師の退院支援に対する意識向上と生活をイメージした退院支援につながりました。

具体的な取り組みの進め方については、以下を参考にしてください。



取り組みのすすめ方のポイント

1. 勉強会・研修会

- ・ 現状についての意見交換から現場のニーズに即した勉強会・研修会のテーマをあげていきましょう
- ・ 勉強会・研修会の主旨やテーマに賛同するものみんなが参加できるように仲間を増やしていきましょう
- ・ 運営は各機関持ち回りで行い、各機関が主体性をもって取り組めるようにしましょう
- ・ 可能な限り年間スケジュールを決めて、多職種の参加者が共通でディスカッションできるプログラムを企画していきましょう
- ・ 大学教員等との協働によりプログラム構成や実施方法を洗練していきましょう

2. 管理者による会議

- ・ 近隣地域の看護管理者の会議を利用して病院地域連携における課題や強みを情報共有しましょう
- ・ 訪問看護ステーションや施設の看護管理者と病院地域連携の現状について意見交換をして課題を整理していきましょう

3. 地域の関係者による会議

- ・ 地域包括支援センター、訪問看護ステーション、介護施設等のスタッフを交えて現状について意見交換を実施ながら課題を整理していきましょう

STEP4：連携体制を維持・拡大するための工夫

地域の看護職が互いに協力して連携体制が出来始めると、次の段階としてその体制の継続や拡大をするような活動に繋がっていきます。例えば、地域の課題解決のために勉強会・研修会の開催や、地域の看護職以外まで広げた関係者が集う会議の設置などです。しかし、連携体制の継続や拡大には、これまで以上に人材や時間、場所や経費などが必要となり、それらのマネジメントのための工夫が求められてきます。ここでは、そうした段階に活かせる工夫を、実践例を挙げながら述べていきます。

(1) 行政の事業や研究費の活用

定例会の開催や勉強会・研修会の実施、あるいは関係者による会議開催には、人員や経費の確保が必要であり、広報やアンケートの実施など情報管理もより拡大していきます。そのため、少人数の看護職だけで会議を開催している段階よりも、負担が増大します。そこで、活動を継続・拡大するためには、行政の事業としての活動に移行したり、研究により活動への行政からの支援を引き出したりすることを考えるとよいでしょう。

なお、病院や訪問看護ステーションの看護師は助成金や研究費を申請する手続きに不慣れな場合もあるので、地域包括センターや大学教員への相談から始めるのもよいでしょう。

ヒアリング事例より

土佐市の事例では、定期的な活動となった土佐市包括ケア意見交換会に発展する以前は、土佐市民病院の看護師と地域包括センターの主任ケアマネそれぞれの動きがありました。途中から県立大学の教員が加わり、この教員は平成22年度以降、事業内容は変化したものの行政から事業委託を受け続け、「在宅移行支援のフローチャート」等を作成して地域連携の拡大を支援しました。

米沢市では、米沢市立病院の看護部長が置賜保健所課長に相談して連携や地域診断を開始した結果、この看護部長を中心にプロジェクトが発足しました。活動の継続を図るために、山形県在宅医療推進事業（在宅医療・介護の連携の実践コース）に応募し採択されました。この事業は、山形県在宅医療推進モデル事業「医療と介護のなせばなるプロジェクト」として平成25-27年度の3年間活動を継続し、その後の活動へと発展していきました。

行政の事業や研究費の活用

地域にある仕組みを活用した活動

- ・ 地域包括ケアシステム構築のための会議や研修会の一部としての開催へ移行
- ・ 都道府県看護協会の地区の定例活動の機会を利用して活動
- ・ がん診療連携拠点病院・地域連携パスなどのための連携会議の機会を利用

行政からの支援の引き出し

- ・ 会議メンバーに地域包括支援センターや介護保険担当部署の職員の参加勧誘
- ・ 会議メンバーに保健センターの保健師を参加勧誘

活用できる制度・研究費・助成金

- ・ 制度：地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）
診療報酬（退院時共同指導料、退院後訪問指導料）
- ・ 研究費：例）勇美記念財団による在宅医療研究への助成
- ・ 助成金：例）勇美記念財団による地元医師会、行政を交えた顔の見える多職種研修会への助成

※p.65 参考資料 2 を参照

（２）連携と協働を促進するリーダーシップ

①求められるリーダーの行動

連携体制を立ち上げ、継続し、地域の中で発展させていくには、核となる看護管理者や看護職のリーダーシップが求められます。だれかが発起人となって一歩ふみだし、周囲の賛同と協力を得なければ活動は始まりません。こうした存在をここではリーダーと呼ぶことにします。

看看連携を立ち上げ、推進していくために、リーダーに求められる行動には、以下のような項目があります。

○取り組みに賛同する少人数に意向を伝える

「一緒にやれるといいと思う。」「一緒にやろう！」とまずは賛成しそうな人に連携したいという気持ちを伝え、声をかけてみる。

○賛同者のなかから、リーダーを補佐する役割を行うサブリーダーを位置づける

一人で取りまとめ、推進するのは負担が大きいものです。連携を継続していくには、相談しながら、リーダーと一緒に労をとってくれる補佐役が必要です。リーダーのアイデアに賛同し、地域での看看連携の意義を理解している人がサブリーダーとして適しています。

○核となる小グループで、看看連携体制構築のための活動を決定する

すべての看護職の意見が活動に反映される民主的な運営は、やりがいにつながります。しかし、効率性と効果性の面で支障が出てきます。実行部隊とは別に、コアとなる少人数のグループを作って、活動方針案を作ったり、全体の取組みの評価をし、そのうえで皆の意見を取り入れる運営にすると効果的です。

○活動に関連する周辺の看護職、関係者にも伝える

たとえ二つの施設間の活動から看看連携を開始するとしても、地域包括ケアセンターや看護協会の支部など、地域の団体や組織に、取組みの内容や進捗を伝え、活動を発信することで、活動を発展させていくことができます。活動資金を含む有用な情報の入手が可能になるととともに、新たな施設の参画の可能性が広がるからです。

○他の組織、職種を巻き込む

他の組織、職種を巻き込むには、多様性を受け入れたり、承認したりする力が求められます。地域の病院は設置主体や規模、看護職員の構成が様々で、看護の質も一定ではありません。また患者の療養に係る地域の職種の中には、専門職としての教育を受けていない人もいます。寛容さを持ち、それぞれの強みに目を向けていくことが必要です。

○活動がたとえ停滞しても、根気良く継続を働きかける

連携することで一人では、あるいは一つの組織ではできないことが可能になりますが、連携には調整コストがかかります。意見を聞き、感情的な問題に対処し、方向性を出していくことには、時間も労力も必要です。施設内の経営課題が優先され、連携は後回しになることもあるでしょう。活動がマンネリ化すると、勉強会などの企画へ

の参加者も固定されたメンバーになってしまいがちです。しかし、継続することに意義があります。コア組織のメンバーや関係者に、繰り返し根気強く連携の継続の重要性を諭し鼓舞していくことが必要になります。。

○体制を見直し協働を推進する

体制当初は先導者が率先して連携体制づくりや事業を進めていくことが重要ですが、将来を見据え、協働して活動を継続するには、志を同じくする仲間の中で役割の分担や移譲を行っていくことも必要です。企画を立てたり、事業の実務を担当したりする役割を、どのように分担するか、軌道に乗ったところで見直すことも必要でしょう。

②皆が発揮するリーダーシップの重要性

地域における看看連携が、開始される経緯は様々で、行政主導で地域中核病院の看護管理者がリーダーとして任命されてスタートすることもあるでしょう。しかし、こうした公的に権限を付与される看護管理者だけが、リーダーではありません。連携の必要性を感じた人、連携体制を作ろうと思いついた人が、自らリーダーシップをとっていくことが必要です。「こうしよう！」と発案し、率先して行動を起こすことで、周囲の人がついていきます。

近年注目されているリーダーシップ理論に、シェアード・リーダーシップがあります。職位や権限に関係なく、すべての人が発揮するリーダーシップです。現在のように変化が激しく先が予測できない社会にあっては、一部の人が情報を保有し他者に向けて指示をだすリーダーシップではなく、全メンバーがその時々でチームのために有用な専門的知識や技術、情報を持ち寄り、チームのめざす方向性と対応策を仲間と語り合い、他者を支援しつつ率先して目標に向けた模範となる行動を示すという行動が必要とされるのです。

地域の看護管理者等が、看看連携体制を構築することによって地域包括ケアを推進していくためのリーダーシップは、シェアード・リーダーシップが適しているといえます。地域の看護管理者は、それぞれに専門性を持っています。急性期医療と看護に精通している病院看護管理者、精神科看護に精通している精神病院の看護管理者、在

宅医療と看護に精通している訪問看護事業所の管理者、そして地域の制度や社会資源と多職種連携の調整に精通している地域包括ケアセンターの管理者などがいます。地域の看護管理者や関係する人々同士が、対等な関係で、地域の人々の幸せな生活の実現という大きな目標のために、それぞれの持つ専門性や強みを出し合って、力を合わせ、互いに助け合っていく、そういうリーダーシップを、皆が発揮する必要があるでしょう。看看連携においては、「誰かがリーダーシップを執ってくれる」ではなく、皆がリーダーシップを発揮すること、またリーダーを助けメンバーが協働できる行動を率先してとることが求められているのです。

ヒアリング事例より

土佐市では、地域包括支援センターの主任ケアマネが土佐市民病院の退院調整看護師に会いに行き、この退院調整看護師の地域へ働きかけを行っていきしましたが、看護部長も退院調整看護師の取り組みを歓迎しました。主任ケアマネと退院調整看護師の2人が出会い、問題を共有し、大学教員や保健所、訪問看護ステーションなどを巻き込み、連携を拡大していききました。

長岡圏域には、新潟県病院局で立ち上げた「NN ネット（新潟ナーシングネット）」の幹事がいました。この幹事がリーダー役割を果たした上に、長岡圏域の看護部長会「自分たちの会」がすでに自主的に運営されており、この会の中が協力していこうという雰囲気がありました。さらに中核病院の看護部長も周囲に働きかけを行って、看護管理者の会を再編しました。こうした動きに対して保健所も支援を行い、この会が企画して地域の看護師が参加できる研修会の開催が継続するようになりました。

STEP5：取り組みを評価する

（１）なぜ評価が必要か

看看連携の体制が少しずつ構築され、事業も順調に実施できるようになり、会合や勉強会への参加者も増えてきたとします。このまま継続していけば看看連携は軌道に乗るでしょうか。実際には、様々な課題が生じてくる可能性があります。

- ・ 持ち寄りの企画で勉強会を実施してきたが、そろそろネタが尽きてしまった。参加者はどのような課題を持っていて、何を求めているのだろうか。
- ・ はじめは手弁当で実施していたが、参加者が増えるにつれ賄いきれなくなり、助成金や研究費の活用を検討することになったが、実績をどのように示せばよいのだろうか。
- ・ 一方、助成金や研究費で費用を賄っていたが、その期間が終わってしまう。参加している病院や地域の機関で費用を出し合って継続したいが、気管や施設の上層部を説得するには効果を示す必要がある。
- ・ 参加者の顔ぶれが決まってきた、話し合いの中身がマンネリ化してきた。地域の他の機関や、普段出席していない看護職にも声をかけていきたいが、具体的にどうしたらよいか。

これらの課題に取り組むためには、まず、現状の連携体制やそこで実施されている事業の評価を行う必要があります。

（２）評価の方法

本来、新たな企画や事業を始める際には、開始の際に評価計画も立てるべきとされています。しかし、ここで取り上げている看看連携体制の構築の場合、取り組み開始が1人の看護職からの呼びかけだったり、非公式な会合がきっかけだったりする場合もあり、なかなか難しいのが現状かと思います。

事業評価にはいろいろな方法がありますが、ここではストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）を紹介します。（参考：Donabedian, A., “Evaluating the Quality of Medical Care.” Milbank Memorial Fund Quarterly 44（1966））

	内容	具体例
①ストラクチャー (構造)	事業を実施するための 仕組みや体制の評価	看看連携に関する事業に関わっている メンバー構成、事業を実施するのにか かった費用など
② プロセス (過程)	事業の目的や目標の達 成に向けた過程(手 順) や活動状況の評価	実施した事業や会合の時期や回数、参 加者数やその構成、事業や話し合いの 内容、参加者の感想など
③アウトカム (結果)	事業の目的・目標の達 成度の評価	地域内の医療・ケア機関でのケアや対 応の改善、患者・利用者・住民の健康 やQOL、看護職の職務満足や離職率 低下、医療機関や地域の医療提供に関 する指標など

このうち、目標の達成状況进行评估するアウトカムは重要ですが、結果が出て量的なデータで把握できるようになるのには時間がかかります。まずは、ストラクチャー評価やプロセス評価ができるよう、手元の資料やデータを残しておくことが重要です。

- ・ 会合を開いたら、日時、場所、参加メンバー、話し合った内容などの記録を残しておきましょう。改まった会合では議事録が必要ですが、そうでない場合も、新メンバーや各機関の責任者、助成金の申請書などに連携体制の構築プロセスを説明する必要がある際に、簡単でも記録があると助かります。
- ・ 公的な会合の際には、コピー代や会議費などの費用も記録しておきましょう。会合を持ち回りで開催するときなど、費用の分担方法の根拠になりますし、助成金の予算建ての根拠にもなります。
- ・ 参加者数や内訳を把握し、数や内訳の変動を調べましょう。参加者数の増加は宣伝の効果でしょうか、それとも事業のテーマが魅力的だったからでしょうか。参加者数の少ない事業所はどこでしょうか。多職種対象の事業の場合は、職種の内訳も把握しましょう。

- ・ 勉強会等では、その回の勉強会に対するアンケートを取れば、参加者の満足度を把握することができます。ただ、作成・配布・集計作業に人手やコストがかかるので、よく吟味した内容で実施することが重要です。継続的な比較ができるよう、初めからよく考えた内容で実施し、基本的な質問はなるべく毎回同じ形で掲載しましょう。自由回答で、現在の課題や今後の活動の方向性のヒントも得られます。
- ・ 看看連携体制の効果があったと思われる事例があれば共有しましょう。ケースに関する連携がうまくいったなどの事例があれば、できれば事例検討などの形で情報を集約して成功の要因等をディスカッションし、記録に残しておけると、活動のアウトカム評価につながる可能性があります。
- ・ 看看連携の体制づくりによる効果として、他機関・他部門のスタッフとの情報共有がスムーズになった、などの声は今回のヒアリング調査でも聞かれました。こうした声は、キーパーソンへのヒアリングやグループディスカッションで話してもらったり、関係者へのアンケートを行ったりすることで、記録に残すことができます。

以上、ヒアリング調査で評価として挙げた内容に追記して示しました。しかし、今回のヒアリングで、一番明示されにくかったのが評価に関する内容であり、連携体制が構築され、効果を上げている実感があっても、評価はあまり積極的に行っていないという話が多く聞かれました。連携体制の推進について話し合う際には、評価をいかに行うか、という視点も加えて実施していくことが重要と考えられます。

4. まとめ

このガイドラインは、中核病院を含む地域の様々な場で働く看護職が、互いを知って連携する体制を構築し、地域の中の課題を共有して具体的な取り組みにつなげ、継続的に看護の質向上を目指していくための方策について、ヒアリング等で得られた知見をもとにまとめました。

病院の中では解決が難しいと感じていた様々な課題を、院内の多部門多職種と共有したり、地域内の他の病院の看護職と話し合ったり、また地域内の様々な機関に投げかけることで、課題の背景にある要因に気づいたり、解決策が見えてきたり、ともに取り組む仲間を見つけたりすることができるかもしれません。そして、地域内の看護職が互いに連携するチャンネルができ、具体的な事業のために動き出すことができれば、課題を解決するための一歩を踏み出したこととなります。定期的な会合、勉強会、機関の壁を越えた研修、住民向けの講演会など、課題や地域の事情に応じて適したアクションは様々です。本ガイドラインには、これらの事業を開始し、取り組みを継続させるためのヒントも書かれていますが、人手・時間の不足や経済問題、方向性の相違、周囲の状況の変化など、様々な理由で事業が思うように発展しない場合もあるでしょう。しかし、まずは看護職間が連携する体制ができ、共通の課題に向けてアクションを起こしたという実績は、次の一歩に向けて必ず有意義な経験となると思います。

本ガイドラインは2017年度のヒアリング等をもとに作成しており、語られた連携体制の構築や事業はそれより前に実施されたものです。その後、地域の多機関の連携はさらに促進が図られるなど、背景要因は変化しています。しかし、地域包括ケアシステムの構築により **Aging in Place** を目指す動きは、今後も変わらないと考えられます。ぜひ皆さんの地域でも、看看連携の構築を通して地域包括ケアの実現、看護ケアの質向上に向けた一歩を踏み出してみてください。

参考1：ヒアリング対象6か所のまとめ

	事例1:高知県土佐市	事例2:山形県米沢市	事例3:新潟県長岡圏域	事例4:茨城県北茨城市	事例5:東京都葛飾区	事例:大阪府大阪市
対象とした主な連携体制	土佐市包括ケア意見交換会(前、土佐市在宅移行支援検討チーム)	医療と介護のなせばなるプロジェクト	新潟県の看護職員県内定着強化事業における地域内看護職員育成構築システム	地方公立病院における訪問看護事業の構築および元気ステーション設立による院内外の連携体制	葛飾医療センターと訪問看護ステーションはーとによる相互研修体制	大阪府訪問看護ステーション協会と各地域の病院との連携事業
キーパーソン	基幹病院の退院支援看護師、包括の主任ケアマネ、訪問看護師	基幹病院の看護部長、周辺の病院や施設の看護部長	基幹病院および周辺病院の看護部長、保健所保健師	病院の看護部長	病院の看護部長、退院支援看護師、地域の基幹型ステーション	地域の基幹型ステーション→病院看護部
きっかけ	病院:退院支援の必要性の認識	病院:再入院患者が多いことの認識	行政:県内の看護職員定着率の低さ	病院:地域内の在宅医療に関する資源不足	病院:退院支援・連携が必要と認識	ST:病院の退院支援・連携が不十分と認識
実施内容	<ul style="list-style-type: none"> 事例検討:地域内の多職種が参加、基幹病院が企画 退院支援フローチャート作成 	<ul style="list-style-type: none"> 研修会:地域内の多職種が参加、輪番制で企画 ツール作成 看護管理者のネットワーク 	<ul style="list-style-type: none"> 研修会:地域内の病院の看護職が参加、輪番制で企画 看護管理者のネットワーク 	<ul style="list-style-type: none"> 院内の看護職及び関係部門の研修 包括的な相談機関であるセンターの設立 地域関係者のネットワーク 	<ul style="list-style-type: none"> 研修会:地域内の多施設の看護職が参加、病院が企画→ステーションが企画など多様化 	<ul style="list-style-type: none"> 病院滞在型コールセンター 教育ステーション
行政の関わり	あり	あり	あり	あり	なし	なし
研究機関の関わり	あり	あり	なし	なし?	なし	なし

事例 1：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み 1（高知県土佐市）

主な連携体制：土佐市包括ケア意見交換会（前、土佐市在宅移行支援検討チーム）

キーパーソン：地域の基幹病院の退院支援看護師、地域包括支援センターの主任ケアマネ、訪問看護師

表. 連携体制構築のプロセスと実践内容(高知県・土佐市)

時期	主な実践内容
H21 年	・土佐市民病院の退院支援や地域連携体制が未整備なことが地域で問題となり、市議会で取り上げられる
H22 年	<ul style="list-style-type: none"> ・土佐市民病院に退院支援部署が設置、退院調整看護師が配置 →・地域包括支援センターの主任ケアマネが、病院に退院支援部署が設置されることを知り、退院調整看護師に会いに行く ⇒・退院調看護師と主任ケアマネは、「病院と地域が協力して地域連携体制構築に向けた取り組みを行う」ことを決意 ・退院調整看護師が、病院内の退院支援体制の整備に着手 ・他の地域の地域連携に関する取り組みを視察 ・県立大学の教員のコンサルを受ける →・目標とする在宅移行支援体制の構築に向けて必要なことを抽出 ・主任ケアマネが全居宅支援事業所を訪ねケアマネの意識を確認 ⇒・地域のケアマネも賛同し、地域の連携体制構築に向け始動 ・「土佐市在宅移行支援検討チーム会」を発足 ・「在宅移行支援のフローチャート」の作成、事例検討等の実施
H23 年	・土佐市民病院から地域の診療所に挨拶に行き、連携体制を構築
H24 年	<ul style="list-style-type: none"> ・検討チーム会を、「土佐市地域包括ケア意見交換会」に名称変更 ・参加者の規模を拡大し、事例検討や専門分野の勉強会、「情報共有シート」や「訪問看護のパンフレット」などのツール作成等を実施

1. 土佐市の特徴
土佐市の人口は 86,020 名、高齢化率は 33%です。土佐市内の医療・福祉機関の施設数は、病院：3、有床診療所：2、無床診療所：12、歯科診療所：10、訪問看護ステーション：2、地域包括支援センター（市直営）：1（サブセンター：2）、居宅介護支援事業所：10、介護老人福祉施設：1、有料老人ホーム：3、グループホーム：8、デイサービス：11、ヘルパーステーション：9 となっています（2016 年時点）。

2. 連携体制構築のプロセスと実践内容

➤ STEP1：連携体制構築の必要性の認識

1) 土佐市民病院の退院支援体制が未整備であることが地域で問題として浮上

土佐市内で唯一の公立病院である土佐市民病院は、病床数 150 床（一般急性期病棟と地域包括ケア病棟）の二次救急指定病院で、以前は退院支援の専門部署がなく体制が不十分で、地域の医療・ケア機関等は連携が取れず、患者・家族も困っていました。そこで、市議会議員が H21 年度の議会でそのことを問題として提起しました。土佐市民病院は、退院支援に関する取り組みを行うと答弁し、H22 年に病院に退院支援部署が設置されました。

2) 土佐市民病院の退院調整看護師と地域包括支援センターの主任ケアマネが繋がる

土佐市民病院で退院調整看護師として配置された看護師は、在宅の経験もなく、何をすれば良い

のか分かりませんでした。ちょうどその時、当時の地域包括支援センターの主任ケアマネ（保健師）が、議会の議事録で病院に退院支援部署ができることを知り、すぐに退院調整看護師に会いに行きました。そして、病院と地域で相談・協力して一緒に地域連携体制構築に向けた取り組みを行って行くことになりました。

➤ **STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ**

1) 市民病院が基幹病院の役割を果たすために、退院調整看護師を中心に、院内の退院支援体制と地域の医療機関との連携体制を早急に整備

土佐市民病院では、退院調整看護師が、外部研修に参加するなど必要な能力を早急に習得するとともに、病院内の退院支援体制を整備していきました。また、H23～24年度に、土佐市民病院の院長、事務長、退院調整看護師で、地域の診療所に挨拶に行き、地域との連携体制づくりも行いました。退院調整看護師による取り組みを受けて、病院の看護師をはじめ個々のスタッフの意識が変わって地域側に開かれ、退院支援に積極的に取り組むようになりました。

病院の退院支援体制が円滑に整備された理由の1つとして、看護部長も病院の退院支援が不十分であることを問題として感じていたため、退院調整看護師による取り組みを歓迎したことがあげられます。また、病院長も、スタッフの活動を容認しており、医師会の会議で、退院調整看護師が土佐市民病院の取り組みを発表した時に、「頑張ってくれ」とお墨付きを与えてくれました。

2) 地域包括支援センターの主任ケアマネと市民病院の退院調整看護師が協力して、地域の在宅移行支援体制の構築に向けた取り組みを開始

(1) 県立大学の教員のコンサルテーションにより、体制づくりに向けて必要なことの抽出

地域包括支援センターの主任ケアマネと土佐市民病院の退院調整看護師が協力して、地域の在宅移行支援体制を構築することになりましたが、構築のための具体的な方法が分かりませんでした。そこで、主任ケアマネが保健所に相談すると、県立大学の看護学の教員に繋げてくれました。

大学教員のコンサルテーションを受けて、まず、目標の実現に向けて必要なことを抽出しました。その中で、病院において入院患者に対する退院支援のフローチャートはあるが、地域側が実施していることも含めたものはないことなどが話合われました。

また、教員から、地域の他のスタッフ達が、自分達でしくみをつくっていく意欲や意識があるか尋ねられたため、地域包括の主任ケアマネは、エリア内の全居宅支援事業所を訪ね、ケアマネ達から話を聞きました。その結果、地域の在宅移行支援体制の構築について、ぜひやりたいと積極的な返事があり、取り組みを始動することとなりました。さらに、同時期に土佐市民病院に退院支援部

署が設置されたことを掲載した広報誌を、退院調整看護師が各事業所に送付して繋がりをつくったことも、新たな取り組みを開始する原動力になりました。

なお、土佐市と県立大学は包括協定を締結しており、県立大学の教員は、平成 22 年度より継続的に土佐市の保健・福祉事業に関与しており、後述する「在宅移行支援のフローチャート」をもとに「在宅移行支援システムを構築するためのガイドライン」を作成したりしています。

(2) 他の地域の地域連携に関する取り組みを視察

高知市で在宅移行支援体制の構築を始めるに際し、H22 年 8 月に主任ケアマネと退院調整看護師が、先駆的に地域連携に関する取り組みを行っている地域を視察し、参考としました。

➤ STEP3-4：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み

1) 地域の在宅移行支援体制を構築するために、「土佐市在宅移行支援検討チーム」を発足

(1) 土佐市在宅移行支援検討チームによる活動内容

地域の在宅移行支援体制を構築するために、「土佐市在宅移行支援検討チーム」を発足し、メンバーとして地域包括の主任ケアマネ、土佐市民病院の退院調整看護師、保健所、居宅介護支援事業所のケアマネ、訪問看護ステーション所長、県立大の教員が参加し、H22～23 年度に会議を保健センターで開催しました。会議では、当時の土佐市のケアマネの大半が介護職で、病院から医療・看護に関する情報を受けても在宅用にアレンジを考えることが難しかったため、訪問看護師が関与できるようにするなど、地域の実情に即したしくみを検討しました。

会議には、県立大学の教員がアドバイザーとして参加しました。教員は、会議の内容を踏まえ、在宅移行支援体制を構築するために、病院と地域の双方の支援内容を結びつけられる「在宅移行支援のフローチャート(案)」を作成しました。そのフローチャートを用いて市民病院の入院患者に対して退院支援を行い、検討チームで各ケースの支援を振り返り、フローチャートを洗練しました。

(2) 検討チームによる取り組みの成果

検討チームによる取り組みの結果、以下の効果がありました。

- ・フローチャートを用いたケースへの支援や、その後の振り返りを通し、病院と地域のスタッフ双方のスキルアップや役割の理解に繋がり、関係も近くなった。特に介護職のケアマネは、病院の敷居を高く感じていたが、気負わずに入れるようになった。
- ・病院を含む地域の多機関・多職種が協力して、ケース検討等により連携体制を構築する過程を通し、各メンバーは「地域のしくみをつくっている」という、自らの役割を自覚することができた。
- ・アドバイザーとしてチームに参加する県立大学の教員からコメントや助言を受けたことで、メンバーは課題や対策を明確にすることができ、取り組みを進めることができた。

2) 検討チームを「土佐市包括ケア意見交換会」と名称変更し、規模を拡大して継続

(1) 土佐市包括ケア意見交換会における活動内容

土佐市在宅移行支援検討チームは2年間の活動を経て、H24年度より「土佐市包括ケア意見交換会」と名称を変更して、引き続き病院内外の多職種による会議を定期的で開催しています(当初は2月に1回、現在は3月に1回、今までに29回開催)。意見交換会になってからは、参加機関の範囲を拡大し、スタッフも誰でも参加してよいことにしました。市民病院を含む市内の病院3施設、訪問看護ステーション2施設、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、デイサービス、老健、グループホーム等から参加しています。また、市民病院の病棟スタッフが参加しやすいよう、開催場所を保健センターから病院の会議室へ変更しました。現在、意見交換会には40名位が参加しています。最初の2年間は県の補助金で実施しましたが、現在は自分たちで実施しています。

意見交換会では、当初は事例検討や困っていることの話し合いなどをしていました。最近はスキルアップのために講師を招いたり、病院の医師に専門分野の話をしてもらうなどの勉強会を行っています。「入・退院時の引継ぎルール」や「情報共有シート」などのツールも作成しました。

(2) 検討チーム会議に引き続き「意見交換会」を実施してきた成果と課題

意見交換会の成果としては、参加者が様々なことを気兼ねなく話し合うことができおり、それによって、各参加者の能力が向上し、他機関・他職種との連携もしやすくなっています。例えば、市民病院の病棟看護師は、退院支援が必要な患者が入院した時からケアマネを呼んで相談し、一般的なケースの退院支援については、ケアマネや訪問看護師に直接連絡・連携して支援できるようになりつつあります。ケアマネは担当の利用者が入院すると来院することもあり、入院早期からケアマネが関わることで家族が在宅のイメージをもてるようになり、転院ではなく自宅退院を選択する人も増えたように感じます。さらに、市民病院の外来に通院できなくなった人等についても地域包括で把握して、病院の退院調整看護師と情報交換し、訪問診療に繋ぐなど対応をしています。

課題としては、検討チームの発足から7年経って参加者の顔ぶれが徐々にかわり、チームの発足のメンバーが半数程度になっています。新任者の意識づけは各事業所で実施されていますが、メンバーの士気やスキルを維持するため、定期的に事例検討を行うことも検討しています。

3) 地域包括ケアシステム構築に向けた、保健所の取り組み

保健所は、地域包括ケアシステムの構築に向け、様々な推進事業等を使って「連絡会」等を立ち上げ、会の目的に応じて、管轄内の医療・福祉機関の管理職やスタッフが話し合う場を設けています。例えば、「管内市町村3公立病院の院長等、医療・介護にかかわる関係者が参加する在宅療養推進連絡会」では、地域全体の在宅療養や連携に関する課題や方針を検討し、さらにそれを踏まえ

市町村や各病院等が対策を検討しています。また、「公立病院連絡会」では、管轄内の 3 病院の退院調整看護師や SW 等が、各病院の退院支援に関する活動を情報共有したりしており、どの会にも保健所の担当者が参加しています。

また、保健所は、市民病院の退院調整看護師と地域包括の主任ケアマネが中心となって実施している取り組みに対し、アドバイザーの派遣や補助金情報の提供など財政的な支援も行いました。

4) 地域の基幹訪問看護ステーション（医師会立の訪問看護ステーション）による取り組み

(1) 検討チームに参加し、在宅移行支援体制の構築や、基幹病院の退院支援に関与

土佐市では、医師会立の訪問看護ステーションが基幹ステーションとして活動しており、所長は土佐市在宅移行支援検討チームが始まった時から継続してメンバーとして参加しています。市民病院の退院調整看護師は、経験が浅い頃、訪問看護師の参加する検討チームの会議で事例検討を重ねるうちに、訪問看護が必要そうな患者が分かるようになり、病院で該当患者がいると早期に訪問看護ステーションに連絡するようになりました。訪問看護師は、連絡を受けると病院に行き、患者へ訪問看護の役割を説明するなど、訪問看護の利用が決まる前から、退院支援に関与しています。

(2) 訪問看護のパンフレットを用い、入院患者や外来患者の在宅療養支援に早期に関与

意見交換会において、「訪問看護のパンフレット」を作成しました。それを病院の看護師が患者に配ると、患者から「訪問看護について話を聞いてみようかな」という声が聞かれます。訪問看護師は病院に来て訪問看護が必要と思われる患者に会い、「月 2 回でいいからはじめて、必要がなければやめてもよい」などと伝えてくれます。それにより、訪問看護師が早期から患者に関与できるようになり、癌終末期や認知症、老々介護の患者など、訪問看護が入るタイミングの見極めが難しい患者に対し、時期を逃さず入れるようになりました。特に外来で化学療法を受けている患者は訪問看護導入のタイミングが難しいですが、パンフレットを使用するようになってからは、患者の ADL が自立している段階でも外来から訪問看護師に相談が来るようになりました。

(3) 訪問看護研修を受け入れ、基幹病院の看護師の退院支援に関する教育に関与

市民病院では、訪問看護研修を病院の卒後教育プログラムに組み入れており、毎年 10 名ずつ看護師の研修を医師会立の訪問看護ステーションで受け入れています。

5) 医師会による地域連携に関する取り組み

土佐市は高知市の医師会に所属し、医師会が土佐地域医療カンファを年 3 回主催しています。カンファには、地域の医療・介護の様々な専門職が参加しており、グループワーク等を通して多職種が顔の見える繋がりをつくることに役立っています。（ヒアリング実施：2017 年 7 月）

事例 2：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み 2（山形県米沢市）

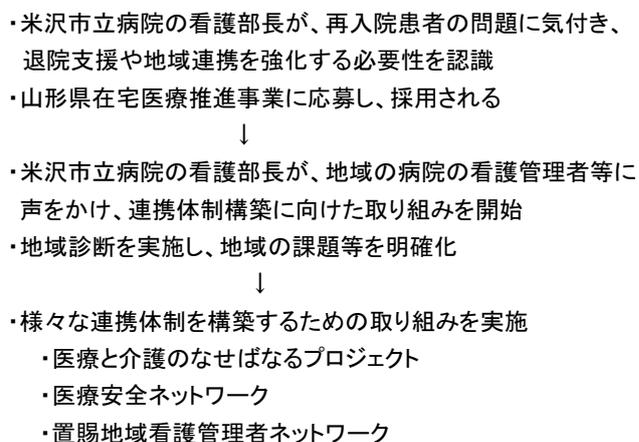
主な連携体制：1) 医療と介護のなせばなるプロジェクト、2) 医療安全ネットワーク、
3) 置賜地域看護管理者ネットワーク

キーパーソン：基幹病院の看護部長、周辺の病院や施設の看護部長

表. 連携体制構築のプロセスと実践内容(山形県・置賜医療圏)

1. 山形置賜医療圏の特徴

山形県置賜医療圏は二次医療圏で、米沢市、長井市、南陽市、高島町、川西町、小国町、白鷹町、飯豊町が含まれます。人口は212,054人、高齢化率は31.8%です（2016年データ）。また、病院が15施設、診療所が153施設、歯科診療所が80施設あります。



2. 連携体制構築のプロセスと実践内容

➤ STEP1：連携体制構築の必要性の認識

1) 市立病院の看護部長が再入院の課題に気づき、退院支援や地域連携の強化が必要と認識

米沢市立病院（約320床）で、「6週間以内に再入院する患者の退院後の状況と再入院要因」について看護研究を実施した結果、誤嚥性肺炎やがん終末期の患者、吸引を必要とする患者の再入院が多いことが分かりました。そのため、看護部長は、患者の移行期における病院間連携、在宅療養移行支援の強化が必要であることを認識しました。

また、看護部長は、病院の平均在院日数が12日で、独居や老々介護の患者も増加する中で、病棟での退院支援が大変になっており、自病院だけでは解決できず、地域単位で取り組んでいくことが重要であると考えました。

2) 市立病院の看護部長が山形県在宅医療推進事業に応募し、採択される

看護部長が退院支援や地域連携強化の必要性を認識して病院長に相談すると、「山形県の推進事業を使用したら良いのではないか」と意見をもらえました。そこで、当該事業の「在宅医療・介護の連携の実践コース」に応募し、採択されました。

➤ STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ

1) 市立病院の看護部長が地域の医療・ケア機関や保健所とともに、地域連携に向けた取り組みを開始

米沢市立病院の看護部長が、ケアミックス型病院である舟山病院の看護部長とともに置賜保健所課長へ相談し、地域の連携関係の構築に向けた取り組みがスタートしました。

上記の「在宅医療・介護の連携の実践コース」の活動として、『医療と介護のなせばなるプロジェクト』事業を開始しました。本プロジェクトの企画運営には、市立病院の他、市内の2病院、訪問看護ステーション、介護保険施設管理者等が参加しています。なお、事務局は米沢市立病院の看護部が担当し、近隣病院や介護保険施設と連携して実施しました。

2) 地域診断を実施し、地域の課題や強みなどを明確化

地域診断により、高齢者割合の増加に伴う独居・高齢者世帯や老々介護の増加を背景に、以下が地域の課題としてあがりました。

- ・急性期病院…DPCにより在院日数短縮で再入院を防止したい
- ・慢性期病院…入退院なく不動で在院日数が長期化
- ・老人保健施設…年単位で長期入所し、施設内看取りなく最期は病院搬送
- ・訪問看護ステーション…退院支援不十分でどう暮らしたいか24時間体制困難

以上により、「医師・看護師が在宅療養について理解不足である」、「情報交換のための医療と介護の共通ツールが必要である」、「市民に対して在宅療養生活のイメージを形成する必要がある」という3つの課題への取り組みの必要性が明らかになりました。そして、「顔の見える看看連携を図り、在宅療養支援体制を構築する」ことを目標にして、取り組みを開始しました。

➤ STEP3-5：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み、取り組みの評価

1) 連携体制を構築するための具体的な取り組み：医療と介護のなせばなるプロジェクト（平成25-27年度は山形県在宅医療推進モデル事業で実施、平成28年度からは自主事業）

(1) プロジェクトの目標

- ・顔の見える連携構築
- ・急性期から在宅へ至るまで職種間の共通ツールの作成
- ・市民への啓発活動

(2) 目標に対する取り組みの経緯と成果

顔の見える連携構築に向け、「医療・介護者対象の研修会(なせばなる塾)」を企画しました。

なせばなる塾

- ・ 事務局：市立病院、市内の他病院、訪問看護ステーション、老人保健施設で担当
- ・ メンバーの医療・福祉・ケア機関：市立病院、市内・近隣の他病院（急性期、慢性期、ケアミックス含む）、訪問看護ステーション、老人保健施設、市健康福祉部高齢福祉課、他
- ・ メンバーの職種：看護職、介護支援専門員、MSW、薬剤師等

市立病院と近隣の病院、および米沢訪問看護ステーションと老人保健施設の4施設で研修会を輪番制で担当し企画しました。事務局会議を月1回行い、4月に1年間の研修テーマを決定しました。テーマの大筋は企画班できめ、詳細は各施設内で決めて実施しました。テーマは参加者全体で話し合えるものとし、テーマの希望に関して参加者からのアンケートなども実施しました。

プレゼン（話題提供20分）を行い、その後グループワークでディスカッションを行うようにしました。プレゼンは基本的には地域の専門職種等、自前の講師に依頼しています。グループは多職種ミックスで1グループ5～6名で構成しています。当初は敷居の高さがあったが、次第にリピーターも増え、グループメンバーとの話し合いが高評価を得ています。グループワーク内容をシートに記入し貼付し全グループで共有します。全体のテーマは決まっているが、話し合いは各グループに任されているので多種多様な内容となります。

参加者募集は事務局から各施設・事業所へメール等で知らせます。近隣病院、薬剤師会等、様々なつながりで参加者を募ります。職種は医療職・介護職・薬品業者まで多岐にわたっています。研修参加は自主的で事前申し込み制です。研究事業が終了し自主事業になってからは、会費を徴収するようになっています（500円、運営・資料印刷代等）。

なせばなる塾は3年間で23回開催され、参加者数は延べ1221人にのびります。

急性期から在宅へ至るまで職種間の共通ツールについては、プロジェクトチームで医療と介護の連携シートを作成し、置賜地区のHPに掲載するなどして普及を図りましたが、なかなか浸透しませんでした。そこに行政（保健所）が参入し、それまでの実績を活かして、置賜地域「入退院調整ルール」の作成に至りました（後述）。

市民への啓発活動に関しては、在宅医療の市民啓発に向けた研修会の開催を実施しました。研修会は3年間で4回開催され、参加者延べ263人でした。

これらを実施するにあたり、市民講座係、市民へのPR係、共通ツール係、研修企画係などグループで分かれて企画をし、詳細は月1回の会議でつめていきました。

なお、看看連携の取り組みとしては、このほかに、医療安全ネットワーク（平成27年～）、置賜地域看護管理者ネットワーク（平成28年～）がありますが、本稿では割愛します。

これらのプロジェクトを通して、現場の医師・看護師の意識変化、在宅医療の体制の向上、施設での看取りの実践や施設と病院の連携促進などが図られています。

2) 保健所のかかわり

(1) モデル事業を通してのかかわり

保健所では、山形県在宅医療推進モデル事業を活用して連携体制づくりにあたるということで、事業を通しての財政的な支援の他、事業開始後も会合に参加するなどして、地域の連携体制構築の状況を継続的にフォローアップしていました。

(2) 入退院調整ルール作成について

市町村の「在宅医療・介護連携推進事業」を推進するため、保健所には「複数市町村にまたがる連携の取り組み支援」が求められています。入退院は、市町村の枠を超えて患者が移動し、単一市町村が入退院時連携を進めることは困難であるため保健所が広域調整として対応する必要があります。

平成 28 年度に実施した管内市町ヒアリングにおいて、保健所による入退院調整ルール策定の要望がありました。そこで、置賜地域でのそれまでの取り組み・成果を踏まえ、置賜地域「入退院調整ルール」づくりに着手しました。

置賜地域看護管理者ネットワークにおいて合意を得たうえで、管内のケアマネジャーからのヒアリング、病院からの課題の情報収集を実施し、さらに病院側と介護側とで一堂に会した会議を行いました。そして、ルールのキックオフ会議では 230 名が参加し、平成 29 年 4 月 1 日より実際の運用を開始しました。

入退院調整ルールは、入院前にケアマネがいるケース、入院前にケアマネがいないケースに分けてフロー図を作成、さらに入退院時の情報共有用紙を作成しました。

半年に 1 度、医療と介護合同で会合を持ち、ルールの定着をはかるとともに、改善・修正点の検討をしています。

プロジェクト内で連携ツールを作成した際には普及が困難という課題がありましたが、保健所が主体となって地域全体でツール作成に取り組んだ結果、保健所の管轄地域全体に普及することができました。

(ヒアリング実施：2017 年 8 月)

事例 3：地方都市における、基幹病院を中心とした取り組み 3（新潟県長岡圏域）

主な連携体制：新潟県の看護職員県内定着強化事業における地域内看護職員育成構築システム、およびこれに伴い発足した、長岡圏域看護部長会

キーパーソン：基幹病院および周辺病院の看護部長、保健所保健師

1. 長岡圏域の特徴

長岡圏域は、新潟県の中央に位置し、長岡市、小千谷市、見附市及び三島郡出雲崎町の3市1町で構成されており、平坦地は穀倉地帯ですが、長岡市の栃尾、山古志、小国、川口地区及び小千谷市は県内でも有数の豪雪地帯です。交通は、上越新幹線や関越・北陸自動車道が縦貫しています。圏域の面積は1,168.54平方km、人口は351,639人、世帯数は135,742世帯、高齢化率は30.8%、病院数は14施設です（平成29年10月1日現在）。

長岡市の3つの総合病院は、救急対応の当番制を構築しており、さらに、ドクターヘリなどを活用して、他圏域の中山間地域の高度医療にも貢献しています。

2. 連携体制構築のプロセスと実践内容

➤ STEP1：連携体制構築の必要性の認識

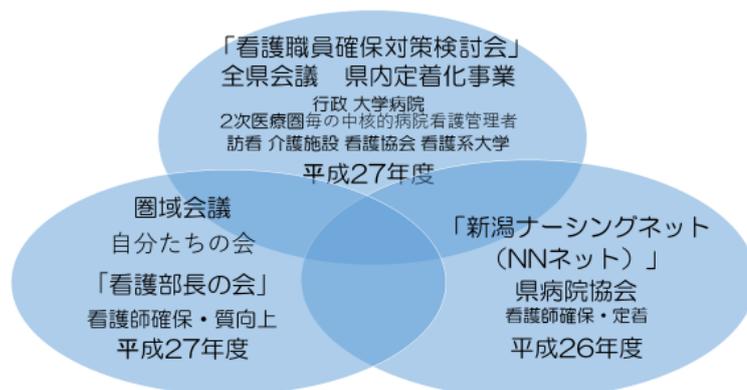
1) 看護職員が新潟県以外の施設に就職した理由を把握

新潟県内では看護師不足が課題となっていました。平成25年1月の新潟県看護職員県外就業状況等実態調査によると、看護職員が県外の施設へ就業した理由として、「院内教育や研修体制が整っていたから」と回答した者が3割を占めました。

2) 新潟県内に看護職員を確保するためにネットワークを発足

そこで、平成27年度に新潟県全体の会議である『看護職員確保対策検討会』を発足させるとともに、各2次医療圏域内の病院の看護部長を構成員とした会議体である『圏域会議』を発足させ、各圏域が研修の企画などを実施することとしました。予

看護師確保3大ネットワーク発足



算は県全体の検討会のほか、各圏域に県が補助し、その申請は中核的病院が担いました。

また、県病院協会が平成 26 年度に立ち上げた『新潟ナースネット（NN ネット）』は、新潟県内の殆どの病院が加入し、看護管理者等が集い看護師確保定着等に関する情報交換する機会を設けている組織です。この NN ネットの幹事の二人が長岡圏域におり、圏域の活動を後押ししました。

圏域内は元来病院間の繋がりがあり、医療機関と消防署、行政等の懇談会で救急体制を整えるなどの実績があります。そのような連携体制も基盤にありました。

➤ STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ

1) 『圏域会議』の発足にあたり、長岡保健所の担当者が、圏域内の現状や課題を把握

県はこのシステムを立ち上げる際、長岡保健所の当時の担当者が、圏域内の全 15 病院を訪問し（救急 3 病院は課長も同行）、看護部長に事業説明、協力依頼、現状の課題のヒアリングを行いました。課題として、看護職員確保に関するものが多くあげられました。

2) 長岡保健所の担当者と中核的病院である長岡赤十字病院が打ち合わせ

長岡赤十字病院の看護部長もこの事業を前向きにとらえ、解決すべき課題を「看護部長のネットワークがない」「公開研修がない」とし、平成 27 年度の目標は「圏域内全病院の看護部長のネットワークづくりと情報交換」「研修会の開催」と設定しました。平成 28 年度以降、研修会の対象を介護施設や訪問看護ステーション（以下、訪看）へも拡大しました。

3) 看護部長会の規約を策定して、運営

看護部長の会は、平成 27 年 11 月 30 日に長岡圏域の初回会議を開催しました。平成 28 年に「長岡圏域看護部長会規約」を策定し、会長は任期 1 年とし、今も運営しています。

4) 活動内容

年 1 回の集合研修を行うと共に、各施設の研修を公開するシステムを構築しています。

➤ STEP3-5：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み、取り組みの評価

1) 研修会の開催

(1) 研修会についての工夫…安・近・短

研修会の実施にあたり、下記の工夫を行いました。

- ・「様々な規模の病院からも参加しやすく、共通の課題にできるもの」として、認知症をテーマに選んだところ、好評であり、翌年も認知症をテーマとした。県予算内で賄うため、会議体に入っている病院の医師と認定看護師や ST に講師を依頼し、会場は長岡赤十字病院の講堂を使用した。開催日は、休みを取りやすい土・日曜日の半日とした。
- ・平成 27 年度は病院勤務の看護職を対象としていたが、平成 28 年度には訪問看護ステーション、平成 30 年度は医師会、歯科医師会の看護職にも呼びかけの対象を広げている。
- ・研修会の参加費は、平成 27, 28 年度は無料、平成 29, 30 年度は講義に加えて実習を行い 200 円を徴収。
- ・顔の見える連携のためグループワークを取り入れ、同じ施設が固まらないようにグループ分けも工夫した。

(2) 研修会の実施結果

研修会を実施して、下記の結果を得ました。

- ・平成 27 年度の研修会は 14 病院から 117 名が参加。平成 28 年度は 85 名が参加。平成 27 年度のアンケート結果では 9 割が満足。認知症というテーマが良かった、会場が集まりやすく研修に出やすかった等の声があった。
- ・平成 28 年度には、訪問看護師から顔の見える連携が行えたとの記載があった。
- ・平成 29 年度は、実習を伴うため募集を絞り 67 名参加、業務に即した内容で参加者には好評であった。病院以外 11 施設に広報し、訪看 3、施設 5 参加、老健からは参加なし。テーマが病院関連に偏らないように選定。課題は病院と地域の連携のために訪看等のニーズを把握すること。平成 30 年度は訪問看護協議会へも広報を拡大した。

(3) 今後の研修会の予定

圏域の看護部長会で話し合いを行い、共通したテーマということで次回は摂食嚥下を取り上げます。講師を日赤病院の認定看護師と他院の ST に依頼しました。この会の準備の過程で、打ち合わせを兼ねて、日赤病院と他院の交流ができ、回復期に転院した患者の様子を見るなど、スタッフレベルの交流が生まれました。

2) 公開研修会の共有…上期・下期の各病院の院内研修を公開制へ

研修会の参加者は下記の通りです。派遣受入の差は介護施設や訪看などから 50 名以上研修の受入を表しています。

- ・他施設からの受入：平成 27 年度約 100 名、平成 28 年度 115 名、平成 29 年度 117 名
- ・自施設からの派遣： — 平成 28 年度 53 名、平成 29 年度 68 名

3) 看護部長会の開催（看護管理者のネットワーク）

長岡圏域は看護部長が「圏域会議」を当初から自分たちの会「看護部長の会」として自主的に運営し、役員会を年度初め、研修前、2月（＋懇親会）と定期的に開催しています。

県の事業であり、看護部長は業務の範疇として認められています。会議には行政（保健所）がオブザーバー参加しており、看護部長が自由に動けるとともに、必要な時相談することができます。会はフラットで参加しやすく、豪雪地の土地柄や救急医療体制等協力してきた背景もあり、協力する雰囲気があります。看護部長は相談相手が少ない側面があるが、会議の後の情報交換時に、他で話づらいことや管理のノウハウを共有しています。もともと看護協会の役職などで知り合いだったメンバーもいるが、中小の病院は繋がりも少なく情報も入りにくさがあり、この場で補完できます。

3. 連携体制構築の取り組みの成果と今後の課題

1) 成果

看護部長間の交流に加え、各レベルでの連携ができ始めています。身体ケアの機会が少ない精神科病院の依頼から大病院で見学実習、病院間での研修、研修会運営のため他院の職員同士の交流、グループワークに参加した訪看と病院看護職との交流なども広まってきています。一例としては、研修会準備の打ち合わせを兼ね、長岡赤十字病院から回復期に転院した患者の様子を見るなど、スタッフレベルの交流が生まれました。

2) 今後の課題

今後の課題として、下記があげられます。

- ・看護職員の確保は繋がっていない。
- ・各々の看護部長の使命感だけでは限界があり、地域全体の看護力の質・量の底上げには、今後も行政の支援が必要である。
- ・県事業は期限がある。
- ・長岡は2025年問題に向け、今後も継続できるよう「看護部長の会」の規約内に県看護協会の支部と共催し予算やマンパワー確保を決定した。
- ・教育機関の関与という方策が未開拓である。

（ヒアリング実施：2017年8月）

事例 4：200床以下の地方の自治体病院が取り組んだ事例（北茨城市民病院）

主な連携体制：地方公立病院における訪問看護事業の構築および元気ステーション設立による院内の連携体制

キーパーソン：病院の看護部長

1. 北茨城市の特徴

茨城県の北東部に位置する北茨城市は人口約4万3,000人、高齢化率は31.2%と全国平均を上回り、著しく高齢化が進んでいます。北茨城市は、日立市、高萩市、北茨城市の3市からなる日立医療圏にあり、市内には、当院のほか民間の一般病院が1ヶ所、精神病床と療養病棟を持つ病院が1ヶ所、診療所（医科）が15ヶ所ありますが、山間部には無医地区も存在しています。

また、市内の医療施設の医師数は全国平均の33.9%で、開業医の高齢化も進んでいます。看護師数についても、全国平均の半数にも満たない状況です。介護サービス事業所は33か所ありますが、在宅医療の重要な柱である訪問看護事業所は3カ所のみで、いずれも看護職員数は5人未満の小規模事業所です。

2. 連携体制構築のプロセスと実践内容（STEP1：連携体制構築の必要性の認識、STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ、STEP3-4：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み）

1) 地域包括ケアシステムの構築と包括的ヘルスサービスによる健康都市づくり

医療資源が不足する中、これから迎える超高齢社会でどのような地域社会の仕組みを変えていくかが北茨城市の大きな課題でした。院内においては、年齢や疾病を問わず全世代を対象とした地域包括ケアシステム構想を具体的にどのように展開していくか、行政や医師会を交えて検討を開始しました。その結果2015年には、筑波大学との連携の下、在宅医療の提供及び、研修医・医学生を目的とした病院附属家庭医療センター（診療所）を開設するに至りました。当センターでは、外来診療、訪問診療をはじめ住民や学校での健康教育を積極的に取り組んでいます。

一方、人口が減少している状況に鑑み、今後重要なのは、人の活力であるとし、市民が健やかに生活できること、すなわち「人の健康」と「まちの健康」をキーワードとした「健康都市づくり」をめざそうと市長の施政方針が示されました。この方針を受け、当院が中心となり市民の健康づくりに医療がしっかりとかわって「保健・医療・福祉サービスを包括的に受けられる仕組み」をつくり、住民と専門職が協働して、住み慣れた地域で安心して生活のできる健康都市づくりを実現しようとして行政や関係者に呼びかけました。その結果、地方創生加速化交付金予算を獲得することができました。その中心として、かつて準備していた当院の訪問看護事業所開設も、組み入れることが

できました。日頃よりこれからの医療と市民病院の役割について、しっかりと理解を求めていたことが行政をも動かしました。

2) 訪問看護事業の構築

医療資源や人的資源が脆弱な中であっても、住民の医療や介護ニーズは増大し、かつ多様化・複雑化してきていました。そのような中、当院に入院・通院している患者や地域で生活している市民が、安心して生活を継続できるような地域包括システムの構築は、喫緊の課題であり、特に在宅医療の重要なサービスである訪問看護体制の充実は、重要な柱であると看護部長は理解していました。しかし、医療過疎地域においては看護職のマンパワーも限られており、訪問看護の人材の確保・育成は大きな課題でした。医療依存度の高い在宅療養者が自宅での生活を継続できずに、再入院する事例が少なからずあり、当院での訪問看護があればという看護師たちの思いと、訪問看護に従事したいという看護師もいるとのことで、院内幹部会議での訪問看護設置の結論が出され、看護部を中心に庁内各部署からなるプロジェクトチームが準備を進め、2016年10月には訪問看護室の開設となりました。

3) 看看連携による院内連携体制構築事業の実施

訪問看護の円滑な運営のためには、訪問看護師の育成に加え、院内全ての看護師が訪問看護の知識を持ち理解を深めること、退院調整部門や病棟・外来等部署横断的な連携・協働体制の構築が必要との認識から、4項目の取り組みを実施しました。

①病棟看護師長等を対象とした研修

…「北茨城市民病院の在宅医療推進と看護管理者の役割」

②病棟及び外来の看護師を対象とした研修

…「在宅医療と訪問看護の役割」

③病棟・外来・地域医療連携相談室等の連携の推進

…院内外の連携推進を目的に、訪問看護室の開設と併せ同じフロアに、新たに地域医療連携相談室や退院支援看護師を配置し、病棟、外来、訪問看護室の連携推進の役割を付与した。

④出向研修による訪問看護人材の育成

…訪問看護への配置を希望する4名のうち3名は訪問看護経験がなかったことから、各種の外部研修に参加させた。併せて、県内他地域に所在する機能強化型訪問看護ステーションの協力の下、2名を3か月間ずつ出向させ、実地研修を行った。研修により大きな成果を得ることができたことから、この出向研修は、今後の人材育成の在り方の参考ともなった。

4) 地域包括ケアシステムの拠点づくり

医療や介護の環境が脆弱だから何もできない、やれないと嘆くのではなく、年齢や疾病を問わず全世代の住民が、安心して暮らすことのできる地域包括システムの拠点をどのように構築するかを、保健医療福祉にかかわる関係者が各々の立場に関わりを持ちながら、包括性・継続性の視点をもって市と議論を重ねてきました。その結果、訪問看護事業と並行して進めてきたのが、北茨城市コミュニティケアセンター（元気ステーション）の設置です。センターは、「まちの総合相談窓口」「関係づくり」「地域づくり」の3本の柱をコンセプトとし、病院や介護サービス事業所のみならず企業や商店、学校に加えて民生委員やボランティアといった多くの機関や住民が運営に携わり、地域の課題や相談内容などから見える、諸問題について一緒に考え議論しながら、施策に結び付けていくという大きな役割をも有する拠点となっています。

センターの設置主体は市ですが、地域包括支援センターや社会福祉協議会、理学療法士会による自立支援センターをも有しています。職員は、センター長（兼病院副院長）ほか地域の医療介護状況を熟知した保健師、ケアマネジャー、理学療法士、社会福祉士、救命救急士等10名が在籍しています。2017年4月に附属家庭医療センターの隣接地にオープンしました。

相談者も、医療・健康・介護問題から住宅問題まで実にさまざまです。相談内容によって医療機関や介護事業所、行政や多機関・他職種との相互の連携のもとに支援ができていることは、顔の見える関係づくりの広がりにつながっています。

5) 看護職と多職種間ネットワークづくり

北茨城市コミュニティケア総合センターが設置された前年度より、在宅医療・介護連携推進事業が各市町村主体の取り組みとなったことから、地域のネットワークづくりに向けて、土台となる地域の社会資源を把握することから取り組みました。また、過去3か年間の同事業のモデル事業で課題として残された、「専門職が職種間連携の不足を実感していること」がわかりましたが、具体的内容には踏み込んでいませんでした。そこで、2016～2017年度にかけて、筑波大学の協力を得、主な専門職種（訪問看護師、リハビリ専門職、MSW、社会福祉士、地域包括支援センター・ケアマネジャーの看護職、行政保健師、薬剤師、救急救命士）を対象にフォーカスグループインタビューを行い、課題を抽出しました。その結果、①医療職と介護職間での情報不足、②他職種からの役割理解不足、③顔の见えない関係が連携の障壁となっていることが明らかになりました。

これらの結果を踏まえ、在宅医療・介護連携推進協議会メンバーで構成された2つのワーキンググループ（仕組みづくり班・土台づくり班）を中心に、取り組みを展開しています。1つは、医療と介護の連携に欠かせない“連絡票”が医療職と介護職の微妙な表現や、情報共有のポイントをまと

めた「多職種連携ガイド」をそれぞれの職場での意見交換の結果を踏まえて、研修の中で反映させながら作成しました。

2 つめは、多職種連携研修会の企画運営ですが、重視したのは、「①多職種で構成するグループワークを積極的に導入する」、「②研修受講者が、職場に戻り課題を共有するため、多職種と話しあいの機会をもちつつ体制づくりを進める」、「③研修での学びを通して、現場で何が実践できるか受講者が目標をもつ」、「④住民が参加しやすいテーマや運営に努める」などです。研修例として、「今さら聞けない？ 職種の役割確認！」「知っておきたい職種の視点」等があります。

これらの事業をとおして、それぞれの連携が進むことにより、住み慣れた地域で暮らし続けたいとの希望ができるだけ多くの住民が叶えることができることをめざしています。

3. 今後の課題…病院から暮らしの場につなぐ

今後の課題としては、看護管理研修や在宅医療介護連携推進の検討会等を実践していき、住民を、点ではなく面で支援することができ、マネジメントができる看護職を育成していくこと、が挙げられます。（委員会委員による執筆：2018年）

事例 5：都心の下町地域における、大学病院を中心とした取り組み（東京都葛飾区）

主な連携体制：東京慈恵医科大学葛飾医療センターと訪問看護ステーションは一とによる相互
研修体制

キーパーソン：病院の看護部長と退院支援看護師、地域の基幹型訪問看護ステーション

1. 葛飾区の特徴

葛飾区の人口は約 46 万人で、高齢化率は 24.6%です（H29 年度末）。葛飾区は下町で住民間の関係が密なため、独居で経済的な問題等があっても、孤独ではないケースが多いのが特徴です。

また、葛飾区は在宅看取り数が多く、その理由の一つとして、訪問看護だけでなく、訪問診療に

表. 連携体制構築のプロセスと実践内容(東京都・葛飾区)

・葛飾医療センターにおいて、看護師が主導して退院支援を行う必要性を認識
↓
・葛飾医療センターで、「看護職が関与した病院の地域連携体制」を段階的に構築
・H19 年：葛飾医療センターの院長や看護部長等が、地域の病院や診療所を訪問
・H20 年：葛飾医療センターに「医療連携センター」を設置、退院支援看護師や SW を配置。地域の訪問看護ステーション等に声をかけ、病院で「オープン講座」を開始
・H22 年：「南葛飾医療連携ネットワーク」を構築し、病院と地域の訪問看護ステーション等と「症例会議(旧：看・看連携連絡会)」や「訪問看護の部会」を開催。
・難病の子どもの退院支援を協力して行い、葛飾医療センターの看護師と訪問看護ステーションは一との所長が密に繋がる
↓
・葛飾医療センターの看護師主導による病院内の退院支援に関する取り組み
・Patient Flow Management (PFM) の導入
・病院の看護師への退院支援に関する教育体制の整備
・葛飾医療センターと訪問看護ステーションは一とによる相互研修体制の整備
・葛飾医療センターで地域の訪問看護師等も参加できる研修や勉強会の開催
・訪問看護ステーションは一とで、病院看護師が研修を実施

熱心な医師が多く、病院と地域の医師間の連携も密なことが考えられます。各開業医の医師たちが自発的な取り組みを行い、医師間のネットワークが構築されています。近年、東京慈恵医科大学葛飾医療センター（以下、葛飾医療センター）のがん患者数は増えていますが、癌患者の看取り数は減っており、在宅や地域の病院で亡くなっている患者が増えていると予測されます。

2. 連携体制構築のプロセスと実践内容

➤ STEP1：連携体制構築の必要性の認識

1) 大学病院の看護師が主導して退院支援を行う必要性を認識

葛飾医療センターにおいて、SW が全員離職したことがありました。新しい SW が採用されるまで看護職が何とかしなくてはと関わりを開始した事がきっかけとなり、看護師が退院支援に関与する必要性を認識しました。そして、看護職が退院支援の外部研修に参加し、病院内での仕組みづくりが始まりました。

2) 看護部が主導して病院の退院支援の仕組みを構築していくことについて、病院長の承認を得る
平成 24 年に病院がリニューアルして病床数が減少し、その中で緊急入院の患者を受け入れなければならないため、前々任の看護部長が、急性期医療のニーズのある患者に絞って病院医療を提供することや、病床利用の効率化の必要性を感じました。それまで医師が主導して患者の退院日を決めていましたが、看護部が主導して退院支援の仕組みをつくって進めていくことを看護部長が病院長に交渉し、その後実績を出して病院長に認められました。

➤ STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ

1) 葛飾医療センターで、「看護職が関与した病院の地域連携体制」を段階的に構築

葛飾医療センターでは、下記の通り、「看護職が関与した病院の地域連携体制」の構築を段階的に進めました。

- ・平成 19 年度に、病院長や看護部長を含め病院のスタッフが分担して、地域の病院・診療所などを 100 件訪問した。
- ・平成 20 年度に、病院に「医療連携センター」が設置され、同じ部署内に退院支援看護師や SW など多職種を配属し、連携しやすいようにした。また、地域の訪問看護ステーション等に声をかけて「オープン講座」を開始した。往診医が講演をしてくれ、その際に「帰れない患者はいないので、どんな患者でもよいから帰してくれ。」と病院のスタッフに言ってくれた。
- ・平成 22 年に「南葛飾医療連携ネットワーク」を構築し、平成 23 年度より病院と地域の訪問看護ステーションとで「看・看連携連絡会（2 回/年）」を開催。現在は、訪問看護ステーションと「症例会議（4 回/年）」を行っており、その会議には訪問看護ステーションの他に、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等にも声をかけ、参加してもらえるようにしている。さらに、「訪問看護の部会（1 回/月）」も開催し、訪問看護師が必要としているだろうと思うテーマの勉強会等を実施している。
- ・医療センターでは、以前は退院支援看護師 3 名で活動していたが、平成 29 年度より担当者を増員し、退院支援加算 1 を算定している。

2) 難病の子どもたちの自宅退院に向けた準備を、葛飾医療センターの看護師と訪問看護ステーションは一との所長が協力して行ったことにより、病院の看護師と訪問看護師が密に繋がる

10 年位前に、自宅退院を目指す難病の子どもたちの事例がありました。この患者は他の病院から葛飾医療センターに転院し、1 か月かけて自宅退院に向けた準備を行うことになりました。葛飾医療センターの看護師が、子どもたちの母親に医療処置等の指導をするとともに、訪問看護ステーションの

所長も毎日病院に通って、母親に沐浴などの指導を行いました。以前より訪問看護ステーションの所長は病院の勉強会に参加していましたが、この事例への支援を一緒に協力して行ったことで、病院の看護師との距離が一気に縮まり、個々のケースの相談や、勉強会の相談が気軽にできるようになりました。

➤ **STEP3-4**：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み

1) 葛飾医療センターの看護師主導による病院内の退院支援に関する取り組み

(1) Patient Flow Management (PFM) の導入

葛飾医療センターでは、10年位前より「Patient Flow Management (PFM)」を導入しています。外来で患者の入院が決定したら、入退院センターで PFM 担当の看護師が患者と面談して情報を収集し、そこで退院支援のアセスメントを行います。その情報を入院時に病棟看護師が確認し、さらに入院後に病棟看護師が退院支援の必要性をアセスメントして支援を検討します。なお、退院支援の必要性を見落さないように、担当ナースを主任や師長等がフォローしています。

PFM の担当は、ラダーⅢ以上の病棟看護師が輪番制で行っています。PFM 担当ナースとして情報収集を行うことで、退院支援のアセスメントスキルが磨かれます。また、外来部門の入退院センターで看護師が患者と面談することで、外来の看護師が必要な情報を把握できているか等もそこで判断されてフィードバックされるため、外来看護師のスキルアップにもつながっています。

(2) 病院の看護師への退院支援に関する教育体制の整備

葛飾医療センターでは、全看護師対象としたラダーに、退院支援の項目を組み込んでいます。また、スキルアップ研修（選択制）として、地域連携センターが中心となって退院支援勉強会や SW による勉強会を開催したり、訪問看護ステーションは一とで病棟看護師が研修を行っています。訪問看護ステーションでの研修は、以前は主任・リーダークラスの看護師が行っていましたが、最近では4年目程度の中堅看護師も研修に参加するようになっており、平成29年度は21名が参加しました。訪問ステーション側も、看護師がなるべく病院で受け持った患者の家に同行訪問できるように調整してくれています。

(3) 病院で看護師が主導した退院支援・地域連携体制を構築できた理由

葛飾医療センターにおいて、看護師が主導した退院支援・地域連携体制を構築できた理由として、以下により、「看護」を軸に議論ができ、病院内の看護師間および地域の看護師とも目指す目標が共有できたことがあげられます。

- ・東京慈恵会医科大学における看護教育の理念である「教育された看護師による自立した実践」が設立当初から引き継がれており、院内の看護師は自立して活躍している。

- ・葛飾医療センターの理念として「地域と共生し進化・創造し続ける病院」を掲げており、患者の地域での生活を大事にしている。
- ・病院の看護記録が、患者のライフイベントを時間軸で把握するのに適している。

2) 葛飾医療センターと訪問看護ステーションは一とが協力連携した教育体制の整備

葛飾医療センターと、訪問看護ステーションは一とにおいて、「相互研修体制」を構築しており、病院の看護師と訪問看護師が会う機会が色々増えることにより、信頼関係が密となり、お互いのスキルアップにもつながっています。

(1) 葛飾医療センターで地域の訪問看護師等も参加できる研修や勉強会の開催

葛飾医療センターのスキルアップ研修等には、訪問看護ステーションのスタッフ等も参加でき、専門医療や最新医療について学べます。訪問看護ステーションは一との所長が、学びたい内容を葛飾医療センターに相談すると、訪問看護師と病院の看護師がともに参加できる勉強会を開催してもらえています。

病院側が訪問看護ステーションは一との所長に研修の情報を伝えると、所長が地域のステーションに情報を伝え、まとめ役をしてくれています。また、訪問看護師の中には家庭の都合で時間に制限があり、勉強会に参加できない人もいます。そこで、訪問看護ステーションは一とのコミュニティサロンで、所長が、病院の勉強会で学んだ内容を、地域の訪問看護ステーションのスタッフに伝えることもあります。

地域包括支援センターのスタッフも病院の勉強会に参加したり、病院のスタッフがセンターの勉強会に参加したりしています。

(2) 訪問看護ステーションは一とで、病院看護師が研修を実施

上述した通り、訪問看護ステーションは一とでは、教育ステーションとして、葛飾医療センターの看護師の訪問看護研修を受け入れています。

3) 連携体制構築の取り組みの課題と今後の展望

地域の訪問看護ステーション等との看護連携体制は構築できてきましたが、地域の他の病院や、特養などの在宅ケア施設の看護師との連携体制はまだ構築できておらず、今後の課題です。また、回復期・慢性期の患者を受け入れてくれる病院が少なく転院先の確保が困難なこと、葛飾医療センターの外来患者の中に、初回受診の時点で既にごん終末期でベストサポーティブケアの適応となり、がん専門看護師が外来で在宅療養支援を始める患者も多いため、これらに対する取り組みが必要であると認識しています。 (ヒアリング実施：2018年1月)

事例6：都市部の中心地域における、基幹型ステーションを中心とした取り組み (大阪府・大阪市)

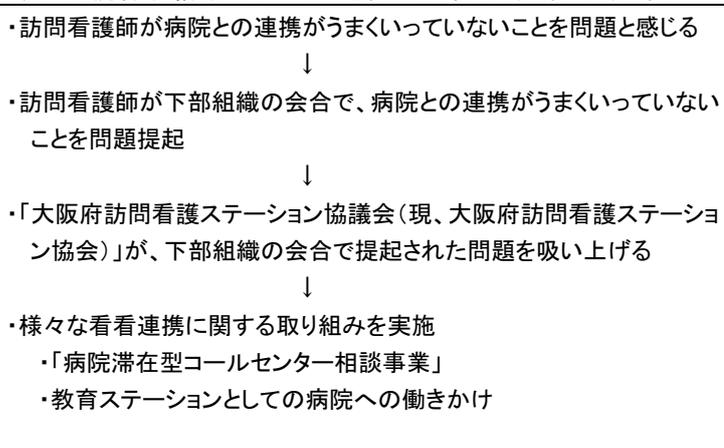
主な連携体制：大阪府訪問看護ステーション協会と各地域の病院との連携事業

キーパーソン：地域の基幹型ステーション→病院看護部

表. 連携体制構築のプロセスと実践内容(大阪府・大阪市)

1. 大阪府の特徴

訪問看護ステーションは、大阪府内に約 1000 か所、大阪市内には 300 か所以上あります。大阪市内には訪問看護ステーションや病院等の医療機関が集中していますが、北部と南部には少ないです。1ステーションあたりの看護師数は平均 4.5 人位です。



2. 連携体制構築のプロセスと実践内容

➤ STEP1：連携体制構築の必要性の認識

1) 訪問看護師が病院との連携がうまくいっていないことなどを問題と感じ、会合で問題を提起

多くの訪問看護師が、日々の活動の中で、入院したきり戻ってこない利用者や、長期入院によるADL低下、生活に馴染まない医療手技のまま退院した結果入退院を繰り返すことになった利用者などを目の当たりにし、病院との連携の現状・在り方にジレンマを感じながら長年過ごしていました。解決に向け、個別に病院に行き連携を模索する看護師もいました。

「大阪府訪問看護ステーション協議会(現、大阪府訪問看護ステーション協会)」は、大阪府内を11ブロックに分けていました。各ブロックの活動で、メンバーである訪問看護師から、病院と訪問看護間で連携がうまく取れないことに関する不満があがりました。

2) 訪問看護師が下部組織の会合で問題提起した内容を、上部組織が問題として取り上げた

訪問看護師のメンバーがあげた病院との連携に対する不満を、問題としてブロックで取り上げ、さらにブロックが吸い上げた問題を、大阪府訪問看護ステーション協議会が取り上げました。メンバー、ブロック、協議会との風通しが良く、問題を浮き彫りにすることができたことで、その後の取り組みにつなげることができました。なお、当時のブロック支部会は、のちに連携部会議となり現在も続いています。

➤ STEP2：連携体制構築に向けた働きかけ

1) 大阪府訪問看護ステーション協会が設立され、様々な事業を実施

平成 6 年に大阪の訪問看護事業者を組織する会として「大阪府訪問看護ステーション連絡会」が発足しました。その後、平成 18 年に大阪府看護協会や大阪府医師会の支援を得て「大阪府訪問看護ステーション協議会」に改組し、さらに、平成 26 年には一般社団法人として「大阪府訪問看護ステーション協会」と名を改め、様々な事業に取り組み、病院へ看看連携体制の構築の働きかけも行っています。現時点（2016 年時点）で、本協会に約 665 か所の訪問看護ステーションが加入しています。

➤ STEP3-4：連携体制を実際に構築し、維持・拡大するための取り組み

大阪府内で行われている看看連携に関する取り組みのうち、代表的なものを以下に上げます。

1) 「病院滞在型コールセンター相談事業」の実施

平成 22～23 年度の 2 年間、「病院滞在型コールセンター相談事業」を実施し、大阪府内のモデル病院に訪問看護師が滞在して、病院の退院調整看護師等と連携して相談業務を行いました。相談事業の訪問看護師は、病院の看護師等に訪問看護の情報提供などをしました。

5 か所の病院を拠点としてコールセンターを設置しましたが、複数の訪問看護ステーションが本事業に参加し、10 数名の訪問看護師がコールセンターの相談員として登録されて、病院で相談業務に従事しました。訪問看護側から、病院の入院時や外来受診時から入りたいという要望があったため、相談員の登録はスムーズでした。

なお、モデル病院となった 1 か所の病院では、この事業を契機に病院の退院支援や地域連携がさらに促進され、在院日数が短縮し在宅復帰率が上がった実績から、病院で退院支援部署が表彰されました。この病院でコールセンター事業が成功した理由としては、看護部長が退院支援の取り組みに強く関心をもち、時々コールセンターを訪れてくれたことがあげられます。訪問看護側からも、病院から退院した患者が安定して在宅療養を送っていることをフィードバックして、病院の看護師が退院支援を行って訪問看護師に繋いだ効果を実感し、退院支援への関心が高まるようにしました。さらに、この事業がきっかけになり、各ブロックで協会会員の訪問看護師が働きかけて、訪問看護と病院による勉強会の開催など、連携のための取り組みが行われています。

本事業の課題としては、コールセンターの訪問看護師は、モデル病院だけでなく近隣病院等から相談にも対応できるようにしましたが、外からの連絡相談は来ませんでした。また、コールセンター事業がうまく機能しなかった病院もありました。

2) 教育ステーションとしての病院への働きかけ

大阪府訪問看護ステーション協会による「教育ステーション事業」の一環として、訪問看護ステーションの管理者が、地域の拠点病院に働きかけて、病院の退院支援に関する教育やしくみづくりに関与しています。

(1) 教育ステーションによる取り組み例 1…訪問看護ステーションによる中核病院への働きかけ

中核病院である公立の B 病院（500 床）では、退院調整看護師が 1 名しかおらず、退院支援に関する取り組みが全くできていませんでした。各病棟がそれぞれ地域に連絡しており、内容も整理されていませんでした。それを訪問看護側とともに、病院の看護管理者も問題と感じていました。B 病院からは、A 訪問看護ステーションに訪問看護の研修に看護師が来ており、1 病院と 1 訪問看護ステーションというつながりは持っていたため、6～7 年前にその管理者と地域で話をする機会があり、問題認識が同じであることが分かりました。そこで、訪問看護師側から、「地域に開くこと」や「病院の退院支援の機能をもっと充実すること」を働きかけました。看護管理者に強く賛同してもらえ、「地域側から病院の突破口を作って欲しい」という要望があり、病院の看護師に対する教育改革に取り組むことになりました。

病院の看護師への教育として、ラダーに則って、訪問看護師が講師として研修を実施するようになると、地域に対する理解が深まり、病院の看護師の意識が少しずつ変わっていきました。

なお、ちょうど同じ時期に、大阪府訪問看護ステーション協会の教育ステーション事業等が始まり、1 病院と 1 訪問看護ステーションとの独自のつながりではなく、公の機関同士として協働した取り組みができるようになりました。A 訪問看護ステーションと B 病院はどちらも公の組織同士で連携がとりやすかったため、A 訪問看護ステーションと B 病院の看護部とのつながりも一気に強くなりました。ここまでになるのには 4～5 年かかりました。

(2) 教育ステーションによる取り組み例 2…訪問看護ステーションによる中核病院への働きかけ

C 訪問看護ステーションの所長は、訪問看護師が病院の勉強会の講師をしたり、病院看護師の訪問看護研修を受け入れているだけでは現場は変わらず、病院内の退院支援の場に訪問看護師が入って入院時から関わる必要性を感じていました。退院調整委員会にも講師等で参加しながら、「看護」の視点での連携の重要性を繰り返し訴え、平成 24 年より中核病院である D 病院の退院支援カンファレンスに試行的に訪問看護師を入れることになりました。

このような活動の積み重ねにより機運も高まり、平成 26 年 7 月、大阪府の看護協会の支部代表者会で、当時、支部長であった D 病院の看護部長から、「病院地域を問わず看護職が連携して看護

の課題を解決していくために何かしよう」という提案があり、看護協会の支部活動と訪問看護ステーション協会のブロック活動を連動させた「看護職ネットワーク会」が始動しました。そこで、平成24年から退院調整委員会等で提案してきた通り、入院時から病棟看護師と訪問看護師が「退院支援計画書」の作成で病院看護師と訪問看護師が協働することを提案しました。以降、看護サマリーを統一様式化する「サマリー改善チーム」と、病院と在宅と共同で研修を企画する「研修チーム（地域で育てるわがまちナース）」、そして「退院支援計画書作成カンファレンスチーム」の3チームがそれぞれ部会として活動することになり、現在も活動が続いています。

なお、この活動はすべて有志の訪問看護ステーション管理者のボランティア精神による取り組みであったので、この取り組みを事業化したいという思いがありました。そこで、3か月間の活動に限定して「教育ステーションの事業」として位置づけました。その結果、協力してくれた訪問看護ステーションの管理者に、わずかではありますが報酬を出すことができました。しかし、残りの9か月間は、相変わらずボランティアであり、定期的に訪問看護師が病院の退院支援カンファレンスに参加するためにかかる経費は、交通費も含め訪問看護ステーションが持ち出しています。退院前カンファレンスに参加して、退院後に患者がそのステーションを利用すれば診療報酬につながりますが、地域外の患者も多く入院している病院であり、殆どがボランティアです。患者の自宅退院が実現できるなど、自分たちの活動が患者や家族への利益に繋がっていることを実感することが、訪問看護師のモチベーションに繋がっている面もあり、訪問看護師のモチベーションを維持できるように、Cステーションの所長がアンケートで患者の声をフィードバックするなど働きかけを行っていますが、今後は活動の事業化や報酬化が求められています。

(3) 教育ステーションから病院への働きかけがうまくいった理由

教育ステーションから病院への働きかけがうまくいった理由としては、以下があげられます。

1. 柔軟に動ける地域（訪問看護）側から粘り強くアプローチして、病院に入り込んだこと
2. 病院の看護師と「看護」を軸に連携をすすめ、成果をフィードバックしたこと
 - ・最初の集まりの時に、訪問看護師が病院の看護師に対し、看護の本来の役割は何かを説明し、目指したい姿についてディスカッションしました。苦情や申し入れではなく、「看護」を軸にして話をしたことで病院の看護師達の心に響き、病院と地域の看護師が「看護」を共通言語にして繋がることができました。さらに、病院の退院支援計画作成カンファ等で訪問看護師から退院後の患者の状況等のフィードバックを受け、病院の看護師達は自分たちの看護の結果を知り、看護本来の機能を再認識し、連携のモチベーションへつながったと感じています。

3. 実績を可視化し、病院の看護幹部職の協力を得られるようにしたこと

- ・訪問看護ステーションの管理者から、病院の看護部長に退院支援や地域連携の取り組みを行った成果を学会発表することを提案して手伝うなど、実績を可視化しました。
- ・訪問看護師と退院支援を協働することで、病院の看護師達のモチベーションが上がって看護の質が向上し、その結果、退職者の減少や事故件数の減少に繋がり、看護部長が「退院支援の効果を実感した」ということもありました。

3) 連携体制構築の取り組みの課題と今後の展望

今後の課題としては、教育ステーションの訪問看護師など、実践をしながらリーダーとしても活動している人達が多く役割を担い頑張りすぎて疲弊しないよう、「地域でリーダーとして活動する訪問看護師のバックアップ体制を整備すること」が必要であると考えます。

(ヒアリング実施：2018年2月)

参考資料 2 看看連携を実践するための政策ツール（一例）

	事業名	根拠法、実施要項等	事例集等
◆ 連携基盤形成のための施策			
1	在宅医療・介護連携推進事業 (医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、 <u>在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進</u> することを目的とする)	「地域支援事業の実施について」(老発 0510 第 3 号 平成 30 年 5 月 10 日 厚生労働省老健局長) －包括的支援事業 －在宅医療・介護連携推進事業(介護保険法第 115 条の 45 第 2 項第 4 号)	厚労省 HP の「医療と介護の連携に関する報告書等」を参照 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060713.html
2	退院支援 ※診療報酬による評価	診療報酬の算定方法の一部を改正する件 「厚生労働省告示第四十三号」(平成 30 年 3 月 5 日)	・退院時共同指導料 2400 点 ・退院後訪問指導料 580 点 ・訪問看護情報提供療養費 1500 円
◆ 分野別施策			
3	認知症施策 ・認知症地域支援推進員 (市町村において認知症地域支援推進員を配置し、当該推進員を中心として、 <u>医療・介護等の連携強化等</u> による、地域における支援体制の構築と認知症ケアの向上を図ることを目的とする)	「地域支援事業の実施について」(老発 0510 第 3 号 平成 30 年 5 月 10 日 厚生労働省老健局長) －認知症総合支援事業(介護保険法第 115 条の 45 第 2 項第 6 号) －認知症地域支援・ケア向上事業	認知症地域支援推進員・認知症地域支援推進員活動事例集(厚労省 HP) http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/zirei1_1.pdf
4	母子保健施策 ・子育て世代包括支援センター(子育て世代包括支援センターは、主に、妊娠・出産・子育てに関する各種の相談に応じ、必要に応じて支援プランの策定や、 <u>地域の保健医療又は福祉に関する機関との連絡調整を行うこと</u> により、地域の特性に応じた妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援を提供する体制を構築することを目的とする)	「子育て世代包括支援センターの設置運営について」(雇児発 0331 第 5 号 平成 29 年 3 月 31 日 厚生労働省雇用均等・児童家庭局長)	平成 28 年度子育て世代包括支援センター事例集(厚労省 HP) http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123792.html

参考

1 在宅医療・介護連携推進事業関係

地域支援事業の実施について

(老発第0609001号平成18年6月9日、最終改正 老発0628第8号平成29年6月28日)

別記3 包括的支援事業（社会保障充実分）

1 在宅医療・介護連携推進事業（法第115条の45第2項第4号）

(1) 目的

医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、在宅医療と介護を一体的に提供するために、医療機関と介護事業所等の関係者の連携を推進することを目的とする。

(2) 実施主体

市町村。ただし、実施主体は、アからクまでの事業の全部又は一部について、省令第140条の67に基づき、市町村が適当と認める者に委託することができる。

(3) 事業内容

ア 地域の医療・介護の資源の把握

地域の医療機関、介護事業所等の住所、機能等を把握し、これまでに自治体等が把握している情報と合わせて、リスト又はマップを作成する。作成したリスト等は、地域の医療・介護関係者間の連携等に活用する。

イ 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状の把握と課題の抽出、解決策等の検討を行う。

ウ 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

地域の医療・介護関係者の協力を得ながら、切れ目なく在宅医療と介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要となる具体的取組を企画・立案する。

なお、本事業では、切れ目なく在宅医療と在宅介護が一体的に提供される体制の構築に向けて必要となる取組についての検討の費用を対象とする。（取組の一つとして考えられる主治医・副主治医の仕組みの運営のための経費（医師への手当て等）、夜間・休日に医療機関が診療体制を確保するための経費（医療機関の協力金等）は、本事業の対象とならない。）

エ 医療・介護関係者の情報共有の支援

情報共有の手順等を定めた情報共有ツールを整備する等、地域の医療・介護関係者の情報共有を支援する。

なお、本事業では、情報共有の方法やツール等を検討する際の会議、情報共有ツールの使用方法等の説明会の開催、情報共有の使用状況の把握と改善の検討に係る費用を想定しており、情報共有

のためのパソコンやモバイル機器等の購入費用、システム使用料等のいわゆるランニングコストについては対象にならない。

オ 在宅医療・介護連携に関する相談支援

地域の在宅医療・介護連携を支援する相談窓口の運営を行うために、在宅医療・介護の連携を支援する人材を配置し、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・介護連携に関する事項の相談を受け付ける。また、必要に応じて、退院の際の地域の医療関係者と介護関係者の連携の調整や、患者、利用者又は家族の要望を踏まえた、地域の医療機関等・介護事業者相互の紹介を行う。

カ 医療・介護関係者の研修

地域の医療・介護関係者の連携を実現するために、多職種でのグループワーク等の研修を行う。また、必要に応じて、地域の医療関係者に介護に関する研修、介護関係者に医療に関する研修を行う。

キ 地域住民への普及啓発

在宅医療・介護連携に関する講演会の開催、パンフレットの作成・配布等により、地域住民の在宅医療・介護連携の理解を促進する。ク 在宅医療・介護連携に関する関係市町村の連携複数の関係市町村が連携して、広域連携が必要な事項について協議する。

(4) 留意事項

ア (3)のアからクまでの事業全てを行うものとする。

イ (3)のアからクまでの事業全て又は一部の事業を、委託することにより実施することも可能である。

ウ (3)のアからクまでの事業について、本事業開始前に、関係機関・団体が既に行っている同様の取組がある場合は、本事業を行うに当たって、これを活用して差し支えない。

エ 近隣市町村が連携又は共同して、(3)のアからクまでの事業全て又はその一部を実施することも可能である。

オ 本事業の実施については、参考として、「在宅医療・介護連携推進事業の手引き（厚生労働省老健局老人保健課）がある。

カ 在宅医療・介護連携の形態は、地域の人口、医療・介護資源等に応じて様々であることから、(3)のアからクまでの事業の実施に当たっては、介護・医療関連情報の「見える化」の取組、先行地域の事例等を踏まえつつ、柔軟に検討することが望ましい。

キ (3)のアからクまでの事業の実施に併せて、都道府県、郡市区医師会等の関係団体等と、将来的な在宅医療と介護の連携の在り方について検討を行うことが望ましい。

2 退院支援関係

B 0 1 5 退院時共同指導料 2 400 点

1 入院中の保険医療機関の歯科医師又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師若しくは医師、当該歯科医師若しくは医師の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回を限度として算定する。

2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師又は医師が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。

3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の歯科医師が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。

4 注1の規定にかかわらず、区分番号A 2 2 7 - 5に掲げる退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。

5 区分番号B 0 0 6に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は、別に算定できない。

B 0 0 7 - 2 退院後訪問指導料 580 点

1 当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月以内の期間（退院日を除く。）に限り、5回を限度として算定する。

2 在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

3 注1及び注2に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（地域医療基盤開発推進研究事業）

地域包括ケアを支える看看連携を円滑にする体制の構築に関する研究 研究班

永田智子（主任研究者、慶應義塾大学）

宇都宮宏子（在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子 Office）

角田直枝（茨城県立中央病院）

坂井志麻（共同研究者、東京女子医科大学）

村田昌子（北茨城市民病院）

吉田千文（聖路加国際看護大学）

戸村ひかり（オブザーバー、首都大学東京）

山本なつ紀（オブザーバー、慶應義塾大学）

2019 年 3 月作成